

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1904 à 1 heure.

PAR

Henri NOCTON

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims

DE LA PROCIDENCE

DES

Membres dans l'Accouchement

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : M. BERGER, professeur,
MM. RICARD, DEMELIN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. DEBOVE.
Anatomie.....		MM.
Physiologie.....		P. POIRIER
Physique médicale.....		CH. RICHET.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BLANCHARD
Pathologie médicale.....	}	BOUCHARD
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		BRISSAUD.
Histologie.....		LANNELONGUE
Opérations et appareils.....		CORNIL.
Pharmacologie et matière médicale.....		MATHIAS DUVAL
Thérapeutique.....		RECLUS.
Hygiène.....		POUCHET.
Médecine légale.....		GILBERT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		CHANTEMESSE
Pathologie expérimentale et comparée.....		BROUARDEL
		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
	}	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

* Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine —
de Paris

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

De la procidence des membres dans l'accouchement

INTRODUCTION

Les hasards de la clinique ayant mis sous nos yeux, à quelques jours d'intervalle, plusieurs cas de procidence des membres, nous avons trouvé grand intérêt à l'étude de cette complication de l'accouchement et nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous ne ferons que rappeler brièvement l'histoire de la question.

Les premières observations de membres prolabés à côté de la tête datent de 1681. Mauriceau nous rapporte des cas où la présentation de la tête est accompagnée d'un ou plusieurs membres. « Dans ces conditions, dit-il, l'accouchement est contre nature et la femme a besoin d'être assistée en son travail, lorsqu'une partie fœtale se présente avec l'enfant. »

Portal, après lui, conseille, dans les cas où la tête se présente, accompagnée d'un pied, de faire la rétro-pulsion dès que la tête commence à s'engager.

Arnaud nous signale des procidences des membres supérieurs, sans mentionner toutefois celles des membres inférieurs.

De la Motte donne pour cause « le manque de liberté
« qu'ont les enfants de se mouvoir dans l'utérus ou
« bien le défaut de force qui les empêche de porter
« leurs pieds là où était leur tête. » Ajoutons qu'à cette époque la théorie de la culbute foétale était encore très en faveur.

Astruc et Levret, muets d'après certains auteurs (Rubé), nous citent au contraire des cas de procidence (Naïs).

Deleurye nous montre un bras accompagnant la tête.

Baudelocque insiste particulièrement sur l'engagement concomittant de la tête et des mains, et, le premier, nous parle de la réduction spontanée sous l'influence du travail. Toutefois, il n'attribue pas d'influence fâcheuse à la persistance de la procidence dans un bassin bien conformé. Elle peut néanmoins gêner un peu le travail surtout lorsque c'est le pied qui est prolabé.

Saxtorph (*in* thèse Nais, 1882) dit « qu'une main,
« un pied, les deux mains, peuvent s'engager en
« même temps que la tête et gêner le mouvement de
« l'extrémité céphalique. »

Deventer, Smellie, Røederer nous signalent la procidence des mains avec la tête sans mentionner celle des pieds.

Ajoutons qu'à la même époque beaucoup d'au-

teurs français et étrangers rapportent de nombreux cas de dystocie produite par la procidence des membres.

D'après Burns, la difficulté de l'accouchement est accrue, ainsi que sa longueur, par la chute des membres, les dimensions du bassin se trouvant par suite très diminuées.

Pour Haselberg, l'influence que peut avoir le membre engagé (en un mot la gravité de la procidence) avec la tête dépend surtout de la largeur du bassin ainsi que du volume et de la position de l'extrémité céphalique.

En 1821, Mme Lachapelle consacre dans sa « *Pratique des accouchements*, t. III », de nombreuses pages à l'étude des procidences. Après avoir fait de nombreuses recherches, elle étudie à fond cette dystocie particulière et nous laisse ce qu'elle a peut-être écrit de mieux dans son travail. Son plan, admirablement compris, sert de base à notre thèse, et, dans le cours de notre étude, nous n'hésiterons pas à la citer nombre de fois tout au long.

Après elle, Mme Boivin donne des statistiques et mentionne la procidence des pieds à côté de la tête.

Cazeaux, dans son *Traité d'accouchement*, nous montre les difficultés qu'il avait vu surgir en présence d'un pied accompagnant la tête.

En 1863, Joulin, dans sa thèse d'agrégation consacre un chapitre important à cette dystocie, et sa thèse sert de base à l'étude que fait Rubé en 1872 sur

La procidence des membres comme complication des présentations de l'extrémité céphalique.

En 1872 M. Depaul fait une clinique fort intéressante sur les procidences des membres, surtout au point de vue du traitement et sous son inspiration un de ses élèves écrit, dix ans après, une thèse sur *La dystocie par procidence des membres inférieurs* (Nais. Thèse de Paris 1882).

En 1880, Spiegelberg, en Allemagne, traite d'une façon très concise tout ce qui a rapport aux procidences.

Enfin, d'autres auteurs étrangers et français, parmi lesquels Tarnier, Simpson, Czarnecki, Charpentier, Régnier, Gauss, etc..., nous rapportent des observations de procidence.

Nous avons donc repris pour notre édification personnelle l'étude de la procidence des membres. Nous nous efforcerons tout d'abord, d'en donner une définition précise, et d'en faire la division. Nous nous occuperons ensuite de sa fréquence, de ses causes prédisposantes et déterminantes, de ses signes, de son pronostic et de son traitement.

Mais, avant d'aller plus loin, il nous est particulièrement agréable de remercier ici nos maîtres et nos amis qui se sont intéressés à nos études médicales.

Nous n'oublierons jamais les leçons si pratiques et si paternelles du regretté professeur Arthur Decès.

Que tous nos maîtres de l'école de Reims : M. le professeur H. Henrot, directeur de l'Ecole de Médecine, MM. les Professeurs Harmand, Langlet,

Colleville, De Bovis, Jacquinet, Simon qui ont guidé nos tous premiers pas veuillent bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour les préceptes que nous avons puisés près d'eux et l'intérêt bienveillant qu'ils nous ont toujours porté.

A notre arrivée à Paris, nous avons suivi les leçons de M. le professeur Guyon, et nous avons été initié à la pratique des accouchements par M. le professeur agrégé Bonnaire. Nous remercions tout particulièrement M. le Dr Bonnaire qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse avec toutes facilités pour la mener à bien.

Que M. le Dr Du Castel, notre maître dans les hôpitaux, veuille bien accepter l'hommage de notre gratitude pour les utiles leçons et les sages conseils qu'il nous a prodigués. Nous en conserverons le précieux souvenir.

Remercions enfin Mlle Hénault, sage-femme en chef de la Maternité, pour l'amabilité qu'elle a eue de mettre à notre disposition les registres cliniques de la Maternité, auxquels nous avons emprunté quelques-unes des observations citées dans notre travail.

Mlle Benoist, sage-femme en chef de la Maternité de Reims, nous a communiqué quelques observations, nous lui en sommes très reconnaissant.

M. le professeur Budin a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait.

CHAPITRE I

DÉFINITION. — DIVISION

Mme Lachapelle définit la procidence de la manière suivante :

« La procidence sera pour nous la chute intempe-
« tive d'une partie quelconque du fœtus, qui, vu sa
« ténuité ou sa mobilité, ne pourra constituer par
« elle-même une position particulière et qui, au con-
« traire, accompagnera ordinairement la présentation
« d'une région plus étendue. »

M. Tarnier la définit ainsi :

« La chute d'un ou plusieurs membres, qui, appar-
« tenant à une région fœtale autre que celle qui se
« présente la première s'engagent néanmoins avec
« elle au détroit supérieur. »

Cette définition nous paraît préférable. En effet, elle nous permet de ne pas ranger au nombre des procidences, la chute de certains membres accompagnant certaines présentations.

Dans les présentations de l'épaule, il arrive bien souvent de voir l'un des membres supérieurs, celui qui correspond à la présentation, tomber dans le vagin et précéder l'épaule. On ne peut considérer cette chute comme une procidence.

Dans ces cas, en effet, nous nous trouvons en présence d'une variété de présentation dans laquelle les éléments constitutants n'ont pas conservé leurs rapports normaux.

La présentation s'est décomplétée par déflexion des mains ou des bras.

Ce que nous venons de dire du membre supérieur pour l'épaule, nous pouvons le répéter pour le membre inférieur accompagnant un siège.

En un mot, la chute d'un membre ne peut être considérée comme procidence que quand le membre prolabé qui accompagne la présentation n'appartient pas à cette présentation même.

D'après Mme Lachapelle, qui exclut les présentations du tronc, il y a lieu de distinguer les présentations suivantes :

- 1° Du ventre ;
- 2° De la face ;
- 3° Des fesses ;
- 4° D'une épaule.

Qui peuvent être accompagnées :

D'une main ;

D'un pied ;

D'espèces composées.

M. Depaul admet la même division.

Dans ces différentes procidences, il y a lieu de considérer, ainsi que le fait Rubé, dans sa thèse des procidences simples, complètes et incomplètes, ainsi que des procidences complexes.

Prenons une procidence simple, c'est-à-dire dans laquelle une ou les deux extrémités supérieures sont à côté d'un sommet, par exemple :

La procidence incomplète existera lorsqu'une seule main, voire même les deux mains, se trouvent

appliquées sur les côtés de la tête, correspondant aux régions pariétale ou temporo-pariétale auxquelles elles se trouvent accolées : c'est à cette variété que M. Budin donne le nom de latérocidences.

La procidence sera dite complète lorsque la main sera plus engagée, correspondant ainsi à la région cervicale du fœtus : dans ces conditions, ce sera le bras qui sera accolé aux régions latérales de la tête.

Si ce sont les membres inférieurs seuls qui sont prolabés, suivant que le pied ou la jambe sera accolé à la tête, il y aura lieu de distinguer des procidences incomplètes ou complètes.

Nous pourrions répéter pour les présentations du siège ce que nous venons de dire au sujet des présentations de l'extrémité céphalique. Dans ce cas, les procidences des membres supérieurs seront seules en cause. Suivant que la main ou le bras correspondront à la saillie trochantérienne, nous diagnostiquerons une procidence incomplète ou complète.

Dans les procidences complexes, nous rencontrons simultanément des membres supérieurs et des membres inférieurs dans le vagin. D'après M. Tarnier toutes les combinaisons que l'on peut imaginer ont été observées : un bras, deux bras, un pied, deux pieds (procidences simples), un bras avec un pied, deux bras avec un pied, même jusqu'à la procidence des deux mains avec les deux pieds (complexes).

Inutile d'ajouter que dans les présentations de l'extrémité pelvienne, les procidences ne peuvent jamais être complexes.

Dans la présentation de l'épaule, il peut y avoir procidence d'un membre supérieur, lorsque ce dernier appartient à l'épaule opposée à la présentation : bras droit avec présentation gauche.

De plus lorsque la jambe accompagne l'épaule, cette chute est le plus souvent due à une intervention inhabile.

Pour terminer, disons que la procidence sera compliquée lorsque le cordon accompagnera un ou plusieurs membres.

Certains auteurs, Spiegelberg en particulier, font rentrer dans la catégorie des procidences, ce que Simpson (et après lui Murray et Lambert, Essautier et Barbour) a appelé « dorsal displacement ».

On décrit sous ce nom une position du bras replié sur la nuque, produisant ainsi une crête, qui, venant butter contre la symphyse pubienne empêche l'engagement et la progression de la tête.

Smith et Evenson l'auraient observé dans des présentations de la face.

M. Budin ne considère pas ce « dorsal displacement » comme une procidence, mais comme l'analogue du redressement d'un bras en arrière dans la présentation du siège.

Ajoutons que nombre d'accoucheurs ne regardent pas, et avec raison, comme procidences véritables, certaines chutes des membres consécutives à une version maladroite. Comme eux, nous ne dirons la procidence véritable que si elle s'est produite d'elle-même.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des procidences.

Pour Mme Lachapelle, elles ne sont ni excessivement rares, ni cependant extrêmement fréquentes.

« C'est avec les positions du vertex, dit-elle, qu'arrive le plus souvent la chute des organes, puis avec les fesses que la main se présente le plus fréquemment. La face n'en présente pas d'observation, mais je crains que cette exclusion ne soit le résultat de quelque négligence des faits relatés dans les registres. »

Sur 15.652 accouchements elle nous cite onze exemples de ces procidences se décomposant de la manière suivante :

Dans 5 des cas : cordon et membres thoraciques.

Dans 2 des cas : cordon et membres inférieurs.

Dans 3 des cas : main seule.

Dans 1 des cas : pied et main réunis.

De là, ajoute-t-elle, on peut conclure par ordre de fréquence :

1° La main ;

2° Les pieds.

Depaul les considère comme étant beaucoup plus fréquentes. Il dit en avoir observé 163 cas sur 16.613 accouchements (procidences de membres avec ou sans cordon ombilical). Ceci nous donnerait une moyenne de 1 procidence pour 102 accouchements.

D'après les statistiques de Rubé, d'accord en cela avec ses prédécesseurs, c'est surtout avec les présentations de l'extrémité céphalique que se rencontrent les procidences. Il n'y a là rien de bien étonnant puisque les présentations du sommet sont, en effet, de beaucoup les plus fréquentes. Viendraient ensuite les procidences avec l'extrémité pelvienne. Enfin, elles seraient beaucoup plus rares avec la face et l'épaule.

On observerait, d'après lui, 97 pour 100 des cas avec les présentations du sommet.

Il nous rapporte 8 observations avec la face.

1 fois : la main (Mme Lachapelle).

1 fois : main et pied (Roederer).

3 fois : les bras seuls (Jolly, Chailly-Honoré).

1 fois : le pied (Cazeaux).

2 fois : le pied et un bras.

Nous croyons également intéressant de rappeler les statistiques suivantes :

Madame Boivin :

IV^e tableau : sur 20.357 accouchements :

3 fois : une main et un bras.

1 fois : un pied et le cordon.

Maternité de Vienne :

Sur 9.369 accouchements :

1 fois : la main.

1 fois : un pied.

Clinique de l'Institut de Halle (1819-1857).

Sur 2.891 accouchements :

26 fois : une main.

8 fois : un bras.

5 fois : une main et le cordon.

4 fois : deux mains.

2 fois : un pied et une main.

1 fois : deux pieds et une main.

1 fois : un pied, deux mains et le cordon.

1 fois : la face, le cordon et la main.

Cette statistique nous donnerait une procidence sur soixante accouchements.

Clinique de Berlin : 1829-1835.

Les procidences seraient encore plus fréquentes.

De 1829-1835 :

Sur 2.056 accouchements, on a observé 86 fois le prolapsus du bras :

De 1836-1841 :

Sur 4.124 accouchements, on a observé 91 fois le bras.

Simpson a rencontré :

Sur 1421 accouchements :

31 fois : la tête et la main.

1 fois : la tête et les deux mains.

Dans sa thèse, Naïs ayant compulsé sous la direction de M. Depaul, les registres cliniques de la Maternité, du 1^{er} janvier 1879 au 10 janvier 1881, rencontre 3 observations sur 3054 accouchements.

Nous-même, sur 5.642 accouchements (registres de l'hôpital Lariboisière : service de M. le Dr Bonnaire partie 1898-1900-1901, 1^{er} janvier 1902-29 février 1904) avons rencontré 19 procidences se décomposant de la manière suivante :

5 fois : la main.

1 fois : la main et le cordon.

1 fois : les 2 mains.

7 fois : le bras.

1 fois : le bras avec le cordon.

1 fois : un bras et un pied.

1 fois : un pied et le cordon.

1 fois : les deux pieds

1 fois : les deux pieds avec le cordon.

Ce qui nous fait une moyenne de 1 procidence sur 296 accouchements.

De toutes ces statistiques, on peut déduire ceci :

C'est avec l'extrémité céphalique que les procidences sont de beaucoup les plus fréquentes.

Viendraient ensuite celles qui accompagnent le siège. Enfin, rares d'après Cazeaux dans les présentations de la face (1 pour 250-300 accouchements), elles sont néanmoins proportionnellement plus fréquentes dans ce cas que dans les présentations du sommet.

Sur 400 présentations de la face, Winckel aurait noté 25 procidences, soit une moyenne de 6, 2 pour 100.

La statistique d'Hugenberger (de Saint-Pétersbourg) donne, sur 152 procidences, les résultats suivants :

143 accompagnaient le sommet.

7 accompagnaient le siège.

2 accompagnaient la face.

Celles qui accompagnent l'épaule sont très rares.

Les procidences des membres supérieurs sont de beaucoup plus fréquentes que celles des membres inférieurs. M. Depaul est sur ce point d'accord avec Mme Lachapelle, puisque sur 278 observations, il n'a noté que 18 fois la présence des pieds. De plus il n'aurait relevé (cité par Tarnier *In Journal des sages-femmes*, 16 avril 1890) que sept cas de procidence des deux pieds en vingt ans, et sa moyenne serait de 1 pour 2.373 accouchements.

Sur 16.613 accouchements :

Les procidences de 1 ou 2 mains se rencontrèrent 1 fois sur 11 accouchements.

Les procidences de 1 pied ou 2 pieds se rencontrèrent 1 fois sur 553 accouchements.

(*Statistique de Depaul*).

D'autres en ont rencontré à peine 1 sur 8 à 10.000 accouchements.

D'après Spiegelberg, la procidence d'un ou des deux pieds serait très rare, avec un enfant à terme et vivant.

Dans les présentations du siège, on peut rencontrer plus souvent la procidence d'un membre supérieur que celle des deux, puisque de ces dernières on ne rencontre qu'une sur 278 observations, (Depaul).

Enfin, il est excessivement rare de les rencontrer

tous les quatre dans le vagin ou dans l'orifice utérin en avant de la partie qui se présente.

Pour terminer :

« La plupart des statistiques indiquant le degré de
« fréquence des procidences donnent une proportion
« trop faible, parce qu'elles ne comprennent que les
« cas dans lesquels la procidence était très accusée et
« qu'elles ne tiennent pas compte des cas dans lesquels
« la main, par exemple, accompagne la tête fœtale
« sans la déplacer, mais gêne les différents temps de
« l'accouchement : ce sont ces faits que Pinard désigne sous le nom de procubitus ».

(Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*).

CHAPITRE III

CAUSES PRÉDISPOSANTES ET DÉTERMINANTES

Les causes qui prédisposent à la dystocie par pro-
cidence et la déterminent sont assez nombreuses.

On peut admettre avec Mme Lachapelle que « tout
« ce qui contribue à rendre plus mobiles les membres
« et la totalité du fœtus », favorise l'engagement con-
comittant au détroit supérieur de la présentation et
d'un ou plusieurs membres, en un mot, tout ce qui
ne permet pas à la présentation de s'engager complé-
tement lors de la rupture de la poche des eaux.

Avec Spiegelberg nous pourrions dire, d'une manière
générale : « La cause principale consiste dans l'espace
« vide laissé entre la tête et le segment inférieur de
« l'utérus, ainsi que l'engagement de côté de la tête. »

Il y a lieu de distinguer les causes se rapportant à
la mère, et celles qui se rapportent au fœtus.

1^o Causes d'origine maternelle.

a). — *Abondance de liquide amniotique (hydramnios)*. — Lorsque le liquide amniotique se trouve en assez grande abondance, le fœtus est très mobile et peut évoluer de toutes les façons possibles à l'intérieur de la cavité utérine. Au début du travail, l'utérus étant surdistendu par la présence de ce liquide, les contractions qui, habituellement, agissent de façon directe sur le fœtus, ne peuvent agir directement sur l'enfant, et par conséquent ne peuvent « adapter » la présentation au détroit supérieur. D'après Mme Lachapelle, la procidence d'un membre, du membre supérieur, par exemple, ne devra être considérée que comme un changement de présentation, quand, par suite, la tête remonte pour faire place aux épaules et aux fesses. La procidence sera, au contraire, considérée comme un accident, si, au moment de la rupture des membranes, la tête se trouve fixée subitement au détroit supérieur et conserve la place occupée primitivement par elle, au moment de la perte des eaux.

Ces changements de présentation, auxquels on a d'ailleurs donné le nom de *version spontanée*, supposent comme conditions nécessaires : une grande quantité de liquide permettant à l'enfant de se retourner dans l'utérus et d'y évoluer à son aise et, secon-

dairement, des contractions utérines suffisamment énergiques.

Certains auteurs considèrent ces changements de présentation comme dépendant du fœtus. A notre avis, il semble qu'on doive plutôt les considérer comme étant de cause maternelle.

Parmi les observations recueillies par nous, celles portant les numéros IV, X, XXVII, XXVIII, se rapportent à cette première cause de procidence.

b). — Rupture subite des membranes. — On peut le plus souvent rattacher cette cause à la précédente : elle en dépend en quelque sorte. Le fœtus, en cas d'hydramnios, évolue librement dans la cavité utérine ainsi que nous l'avons dit précédemment. Sa mobilité lui permet dès lors de prendre les positions les plus variées. Si les membranes se rompent, l'enfant va être fixé immédiatement dans la position où il se trouvait antérieurement.

D'autre part, le flux de liquide, sous l'influence des contractions, va s'écouler brusquement à l'extérieur : il pourra entraîner dans son courant un membre, même plusieurs et, dans de nombreux cas, le cordon. Dans de telles conditions, la procidence se produira d'autant plus facilement que les contractions utérines seront plus fortes. Un cas, observé par Czarnecki et cité dans le *Répertoire universel d'obstétrique*, pourrait tenir lieu, pour ainsi dire, d'expérience. Nous croyons intéressant de le rapporter textuellement :

Il a trait « à une multipare de quarante ans à la-

« quelle on donna de l'ergot au début de l'accouche-
« ment à cause de la faiblesse des contractions uté-
« rines. L'administration de l'ergot de seigle fut sui-
« vie de douleurs très fortes : après la rupture de la
« poche des eaux, on constata le prolapsus du mem-
« bre inférieur droit, le fœtus se présentant par le
« sommet. Comme la tête était encore mobile et
« assez haut placée, les battements du cœur fœtal
« très faibles, l'auteur termina l'accouchement par
« l'extraction du fœtus par le membre prolabé. L'en-
« fant était à terme, vivant et de dimensions nor-
« males (Avril 1894, p. 186).

Notons que nous n'avons cité ce cas en passant, que pour montrer l'influence de la contraction utérine violente causant brusquement la rupture des membranes dans la formation des procidences.

Dans les cas de rupture subite des membranes, faisons remarquer que la procidence peut se produire, sans que rien, dans les examens précédents, ait pu la faire prévoir (présence du membre prolabé au dessous de la tête) ; inversement, avant la perte des eaux, on peut percevoir au travers des membranes un membre procident ; si le liquide amniotique s'échappe lentement, il arrive quelquefois que, la tête descendant, les parties primitivement senties semblent remonter, ou tout au moins rester au même niveau, tandis que la tête ou le siège pénètre dans l'excavation pelvienne.

Nos observations citées pour l'hydramnios, et l'observation I se rapportent à cette seconde cause.

c. — Viciations du bassin. — Cette troisième cause semble favoriser plus que les précédentes la formation des procidences. Parmi ces altérations du bassin, c'est surtout avec les rétrécissements que la dystocie par chute d'un organe dans le vagin se produit le plus habituellement.

Mentionnée par Mme Lachapelle, considérée par Depaul comme très importante, cette cause est une de celles qui répond le mieux à la formule générale de Spiegelberg : « Une des causes principales de la procidence consiste dans l'espace vide laissé entre la tête et le segment inférieur de l'utérus ainsi que le mauvais engagement de la tête. » Disons, de suite, que cette formule s'applique également à la forte obliquité utérine, petitesse fœtale, placenta prævia, etc... causes de procidence, que nous étudierons plus loin. Nous ne répéterons pas, en les étudiant, ce que nous venons de dire.

Dans le cas de bassin vicié par rétrécissement la tête d'un fœtus à terme, de dimension normale, est, en règle générale, trop volumineuse pour s'adapter exactement aux diamètres d'un bassin rétréci, par exemple par le rachitisme ou l'ostéomalacie, affections, où la dystocie par procidence est d'ailleurs la plus fréquente. Dans de semblables conditions, en effet, « la saillie sacro-vertébrale peut retenir la tête au dessus du détroit supérieur et permettre à la main de se glisser au dessous d'elle. » « Surtout, si les contractions de l'utérus sont assez faibles pour ne point presser fortement la tête sur l'ouverture de ce détroit » (Mme Lachapelle).

Les observations de procidence dans ce cas particu-

lier sont assez fréquentes. Depaul, Rubé, Naïs, Tarnier nous en rapportent des exemples. Nous-mêmes avons eu l'occasion d'en observer un certain nombre. (Observations I, II, IV, VI, VIII, IX, XVI, XXI, XXII).

Il nous semble intéressant de mentionner, en passant, parmi les viciations pelviennes : l'ampleur du bassin (*in* thèse Rubé). Mattei nous cite une observation de procidence dans ce cas. « Mais, ajoute « Rubé, comme il n'y a qu'un seul fait, on n'ose conclure. »

Pour terminer, disons que la viciation du bassin par rétrécissement est une des causes les plus importantes de procidence.

d) *La forte obliquité utérine* (Spiegelberg). — Cette obliquité qui a son analogue dans l'obliquité fœtale empêche la partie fœtale qui se présente d'obturer de façon complète l'ouverture du détroit supérieur.

En réalité cette cause n'a qu'une importance minime. Elle mérite simplement d'être signalée : les procidences, en effet, qui accompagnent ces cas ne donnent que rarement lieu à une gêne dans les différents temps de l'accouchement, car, le plus souvent, l'obliquité disparaît au moment de l'accouchement, en même temps que la procidence.

(Moreau, cité *in* thèse Rubé). (Observations XIV, XVIII, XXIII).

Enfin, comme dernière cause, dépendant de l'organisme maternel, nous devons signaler :

e) *La multiparité*. — La multiparité considérée

comme cause de procidence par Mme Lachapelle et par Depaul n'a pas été signalée par Spiegelberg.

Les multipares fournissent en effet beaucoup plus d'exemples de procidences que les primipares (exception faite naturellement des cas où le fœtus est mort à un âge peu avancé de la grossesse). Le col utérin, fatigué par les accouchements précédents, ne possède plus cette tonicité que l'on observe chez les primipares : « sous l'influence de grossesses répétées » les fibres du col utérin se relâchent ». En outre, bien souvent, le col est effacé complètement avant que l'extrémité qui se présente ne soit fixée et engagée au détroit supérieur. Dans de telles conditions, avant que la poche des eaux ne soit rompue, il se produit entre le col et la tête un espace libre, que combleront facilement un ou plusieurs membres.

La multiparité doit être considérée beaucoup plus comme une cause prédisposante que comme une cause déterminante.

Presque toutes les observations que nous avons recueillies dans notre thèse se rapportent à des multipares :

Observations I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XI, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXII, XXIII, XXVI, XXVIII.

On voit, par là, que l'on doit accorder à la multiparité une certaine importance dans la genèse des procidences.

Nous jugeons utile de terminer ce chapitre des causes se rapportant à la mère par les quelques lignes sui-

vantes empruntées à la thèse de Naïs (Paris 1882).

« Wigand et Michaëlis ont aussi attribué la proci-
« dence des membres à l'absence ou au peu d'inten-
« sité des contractions du segment inférieur de l'uté-
« rus, d'où résulterait son défaut d'application exacte
« sur la tête fœtale qui se présente. Nœgelé partage
« aussi cette opinion, contrairement à M. Depaul qui
« pense que ces auteurs en ont beaucoup exagéré
« la valeur, et, pour lui, dans ces cas, la principale
« cause doit être recherchée dans l'étroitesse du bas-
« sin ».

20 Causes d'origine fœtale.

Les trois premières de ces causes sont inhérentes au volume du fœtus.

a) *La mobilité fœtale* dépend en règle générale du petit volume du fœtus et aussi de l'abondance du liquide amniotique. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, croyant l'avoir suffisamment développé dans la première partie de ce chapitre (hydramnios comme cause d'origine maternelle).

b) *La petitesse du fœtus* mérite qu'on s'y arrête un peu plus. Lorsque le fœtus est petit, fait qui arrive quelquefois dans un accouchement à terme, mais surtout dans les accouchements prématurés et les avortements, les extrémités céphalique ou pelvienne n'obturent pas complètement le détroit supé-

rier, condition favorable à la chute d'un membre dans le vagin.

La mort de l'enfant est encore un adjuvant à la formation de la procidence. Le fœtus mort, et très souvent macéré, ne peut conserver son attitude normale, ses membres étant flasques et mous. Dès lors, il n'est pas rare que le bras soit expulsé hors de la cavité utérine sous l'influence d'une contraction, surtout si la femme fait des efforts et vient ainsi augmenter la violence de la contraction. C'est surtout dans ces cas, d'après Spiegelberg, que la procidence des membres inférieurs serait fréquente :

« Ceci, nous dit l'auteur allemand, n'arrive que
« très rarement avec un enfant à terme et vivant ; le
« plus ordinairement avec des enfants non à terme
« et morts. Le corps est alors ramolli. Dans ce cas,
« on remarque souvent que plusieurs extrémités,
« même toutes les quatre, sont tombées dans le va-
« gin presque toujours accompagnées du cordon ».

Dans le cas d'enfants vivants, à terme, d'après M. Depaul (abstraction faite de fœtus de 1000, 2000 gr. non à terme) on voit les chiffres les plus divers, et il est presque impossible d'établir d'une façon positive que la plupart des cas se rapportent à des enfants peu volumineux.

Il y a lieu de mettre en parallèle avec la petitesse fœtale :

c) *L'excès du volume du fœtus* qui semble, lui aussi, être de nature à favoriser la formation des procidences. Une tête trop grosse, en effet, ne peut s'adapter

que difficilement au détroit supérieur, laissant une sorte de passage que le petit membre viendra combler.

C'est ainsi que la procidence a pu être observée dans un bassin normal avec un fœtus de 4.450 grammes (Depaul).

Nous-mêmes rapportons trois observations, où les enfants pèsent 4.050 grammes (Obs. VI), 4.150 grammes (Obs. XV), 4. 500 (Obs. XXVII).

On peut donc considérer l'excès de volume du fœtus, comme étant également une cause de procidence.

Néanmoins, faisons remarquer que dans bon nombre de cas, dans des bassins normaux, on peut constater des procidences avec des enfants de dimension ordinaire, bien constitués.

Les observations recueillies par nous et se rapportant à ces causes inhérentes au volume du fœtus sont les suivantes : I, III, V, VI, X, XV, XVII, XVIII, XXI, XXII, XXV, XXVII.

d). — *Les présentations inclinées, anormales ou irrégulières de la tête.* — La tête étant irrégulièrement inclinée, il se produit un vide qui pourra être à son tour occupé par un membre poussé par les contractions. Ceci s'observe en particulier avec les présentations de la face, car l'extrémité céphalique défléchie n'obture pas bien l'aire du détroit supérieur. Rappelons, à cette occasion, l'observation de Cazeaux, où la face et le pied se présentaient ensem-

ble, la face se trouvant de plus en présentation irrégulière.

Observations : II, IV, IX, XIII, XXII.

e). — *L'obliquité fœtale.* — Nous avons déjà traité la question à propos de l'obliquité utérine : l'obliquité fœtale n'étant qu'une conséquence de l'obliquité utérine.

f). — *L'insertion vicieuse du placenta.* — Les extrémités céphalique ou pelvienne se présentant au détroit supérieur ne peuvent venir s'appliquer contre le segment inférieur, le placenta les en séparant. Il se forme ainsi un espace libre entre la présentation, le segment inférieur et le placenta, espace libre et inégal que le membre, sous l'influence des contractions pourra venir occuper.

Nous-mêmes avons recueilli des observations de ce genre :

I, V, XX, XXIV, XXV, XXVII, XXVIII.

Rappelons en passant les :

g). *Changements de position*, désignés aussi sous le nom de version spontanée et que nous avons étudiés plus haut.

Pour terminer, il ne nous reste plus qu'à nous occuper de la :

h). *Grossesse gémellaire.*

Presque toutes les observations de procidences dans les grossesses gémellaires se rapportent à des cas où l'un des fœtus se présente par le sommet, alors que le second se présente par le siège : c'est à la procidence des pieds que l'on a affaire le plus sou-

vent. Ces faits sont assez rares, et, pour qu'ils se produisent avec une grossesse bivitelline, il faut qu'il y ait rupture simultanée des deux poches des eaux. Habituellement, il s'écoule un certain temps entre la rupture de chaque poche. Si la grossesse est univitel-line, les procidences se formeront de la même façon. En outre dans les deux cas la violence des contractions utérines (surtout après l'administration de seigle ergoté) favorisera leur production.

On peut également voir se produire des procidences aux dépens du second fœtus, après l'expulsion du premier.

Observations XIII, XIX.

Ajoutons enfin que plusieurs de ces causes peuvent être réunies chez une même femme. Il suffira pour s'en rendre compte de comparer les numéros de nos observations citées à propos de chacune des causes en particulier.

CHAPITRE IV

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la procidence peut se faire avant la rupture des membranes, ou bien lorsque la parturiente a perdu les eaux.

Nous allons étudier les signes qui permettent, dans ces deux cas, de porter le diagnostic de procidence.

Disons pour commencer, que l'intégrité des membranes est une difficulté de plus: en effet, dans ce cas, la présentation reste souvent très élevée au dessus du détroit supérieur. Au travers des membranes, par le toucher, on sent un ou plusieurs petits membres appliqués sur une tête ou sur un siège, mobiles le plus souvent, sous la pression du doigt. Il est parfois impossible de reconnaître si c'est à une main ou à un pied que l'on a affaire.

Dans d'autres circonstances, on arrive sur des membranes très irrégulières, et ces irrégularités peuvent faire croire à une procidence. Il sera facile de faire la distinction, l'impossibilité de déplacer les parties de membranes prises pour une procidence levant tous les doutes.

Pour Cazeaux, le diagnostic n'est guère facile que dans les présentations du sommet.

Dans quelles conditions faudra-t-il se placer ?

« Dans le cas où l'on constatera une procidence,
« dit Naïs, il faudra pratiquer le toucher avec soin de
« façon à ne pas rompre la poche des eaux, condi-
« tion favorable, d'après Mme Lachapelle, à la forma-
« tion d'une procidence.

« Il faudra faire coucher la femme et attendre que le
« col soit dilaté, et une fois la dilatation complète,
« il faudra absolument établir le diagnostic. Si, par
« le toucher digital, on ne peut atteindre la partie
« qui se présente, deux doigts ou la main toute
« entière devront être introduits. Même avant la rup-
« ture des membranes, on peut rencontrer sur les
« côtés de la tête un pied, une main qui lui sont
« appliqués et qui peuvent se déplacer sous la
« pression du doigt explorateur. Dans ce cas, on
« applique avec précaution cette partie contre la tête
« qui forme au-dessus un plan résistant et l'on peut
« reconnaître tous les caractères du pied et de la
« main ».

« Si la tête est trop élevée ou trop mobile, dit
« Depaul, pour qu'on puisse appuyer contre elle le
« petit membre fœtal, on en est réduit à essayer
« d'appuyer ce membre contre les parois du bassin,
« mais c'est une manœuvre plus difficile quand
« le membre est élevé, car, alors, il fuit sous le
« doigt ».

Il est à remarquer que c'est surtout avec la proci-

dence du membre inférieur que la présentation reste élevée : le volume du pied étant supérieur à celui de la main.

Le diagnostic n'est pas toujours facile dans le cas de membranes intactes. Un examen trop superficiel pourrait faire conclure à une présentation du siège, surtout lorsque c'est le pied qui est prolabé, alors qu'en réalité on se trouve en présence d'une procidence.

En outre on peut à certains moments avoir la sensation d'un membre tendant à s'engager en même temps que la présentation. « Dans ce cas, dit Spiegelberg, « il peut arriver que, dans une exploration suivante, « on ne sente plus les extrémités, lorsque la tête est « fixée dans le segment inférieur de l'utérus et au « détroit supérieur du bassin. Après l'immobilisation « de la tête, le membre procident, le plus souvent la « main, se recule et disparaît. Dans d'autres cas, la « procidence peut subsister ».

Une fois les membranes rompues, le diagnostic est plus commode à faire, d'après Depaul, quoique non dépourvu de difficultés.

On peut sentir une main appliquée sur les côtés de la tête, en avant ou en arrière, mais reposant presque toujours sur l'un des pariétaux ; parfois, la main descend beaucoup plus bas, ne laissant aucun doute.

Dans d'autres cas, l'avant-bras se trouve replié sur le bras et c'est en suivant le membre vers ses

deux extrémités qu'on parvient à la main facile à reconnaître:

Enfin, on peut voir sortir à la vulve une main ou un pied, dans ce cas il n'y a de difficulté que celle d'aller reconnaître la partie que le fœtus présente.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un membre dans le vagin, il faut s'assurer, en premier lieu, que la partie n'appartient pas à la région du fœtus qui se présente, en second lieu reconnaître le membre qui fait procidence.

La présence d'une main peut faire penser à une présentation de l'épaule. Il importe dès lors de rechercher avec le plus grand soin quelle est la partie fœtale qui répond au détroit supérieur.

On suit, avec le doigt, le membre prolabé. Si l'on se trouve en présence d'une épaule, il est bien rare que l'on n'arrive pas à la racine du membre (épaule) qui répond presque toujours à l'ouverture pelvienne. On sent alors une surface allongée, présentant des saillies osseuses et des dépressions peu marquées, les saillies sont constituées par les côtes, les dépressions par les espaces intercostaux : c'est le gril costal.

De plus, en remontant vers la partie supérieure du fœtus, on pénètre dans le creux de l'aisselle dont il est facile de reconnaître l'orientation, ce qui permet de diagnostiquer quelle est l'épaule qui se présente. Dans les cas où il est difficile d'atteindre le creux de l'aisselle avec le doigt, on cherche avec la main, si le dos du fœtus se trouve en avant ou en arrière: on

recherchera la clavicule, l'omoplate, l'acromion, même la saillie des apophyses épineuses des vertèbres.

Si le membre accompagne la tête, les caractères de l'extrémité céphalique seront facilement reconnus : le doigt explorateur tombera, en effet, sur une tumeur régulièrement arrondie, volumineuse, résistante remplissant presque complètement l'excavation. Si le segment inférieur est très aminci, on peut sentir la fontanelle postérieure ainsi que la suture sagittale.

Le degré de procidence a également une certaine valeur : « C'est ainsi, dit Joulin, que dans les présentations de la tête, le bras dépasse rarement la limite supérieure du vagin ; au contraire, dans celles de l'épaule, la main pend souvent à la vulve ».

Accompagnée d'une main, la face sera reconnue de la manière suivante : on sent les arcades sourcilières, mais on ne peut distinguer les globes oculaires. Entre ces deux tumeurs et suivant la direction de l'un des diamètres obliques, le doigt rencontre une dépression qui aboutit à une saillie pyramidale, le nez, dont une face est percée de deux orifices séparés par une cloison, orifices des narines ; puis la dépression sous nasale, la bouche, limitée par les lèvres et enfin au dessous de la bouche la saillie du menton ; de chaque côté, le doigt rencontre les joues et les os malaires.

Quant au siège, on sent deux parties de consistance mollassse, dépressible : ce sont les fesses ; en les contournant, on sent le sillon interfessier, l'anus, la

pointe du coccyx et la partie postéro-inférieure du sacrum. Dans certains cas, d'ailleurs très rares, on peut reconnaître le sexe du fœtus.

« Ce diagnostic, dit Mme Lachapelle, entre le « dégagement simple du bras en présentation de l'é-
« paule et la procidence du bras au-dessous des fes-
« ses ou de la tête, n'est pas difficile ».

Dans les procidences des membres inférieurs avec la tête ou l'épaule, il est rare de voir le pied s'engager très bas dans le vagin.

Lorsqu'on constate la présence d'un pied, il ne faut pas se hâter de conclure à la présence d'un siège au détroit supérieur. Il faut déterminer quelle présentation ce pied accompagne : l'exploration de toute la région en avant et en arrière se trouve indiquée à l'aide de légères pressions sur la partie inférieure de l'abdomen, on s'assure que la tête ou l'épaule ne sont pas au dessus de ce détroit. La présentation de la face peut être prise pour une présentation du siège. Cette confusion a été faite par Cazeaux que nous croyons devoir citer.

« En portant ma main, dit Cazeaux, sur la tumeur
« que j'avais cru être la fesse antérieure, je la trouvai
« plus dure et plus volumineuse que je ne l'avais d'a-
« bord pensé. Je reconnus la tête surmontée par une
« tumeur molle et considérable. Je cherchai vaine-
« ment les sutures et les fontanelles, mais glissant le
« doigt entre cette tumeur et la jambe dont le pied
« était au dessous d'elle, je sentis une surface iné-
« gale et bosselée. Bientôt je reconnus distinctement

« les yeux, les paupières et les autres signes d'une « présentation de la face ».

Cette confusion se fait facilement surtout lorsque la tête est fortement tuméfiée. La face, répondant au vide du bassin, portera l'infiltration séro-sanguine : les joues tuméfiées feront une saillie assez marquée, les lèvres proéminentes interceptent entre elles une sorte de gouttière qu'on pourra prendre pour le sillon interfessier. L'orifice buccal froncé simulera également l'ouverture infundibuliforme de l'anus et les éminences malaires seront facilement prises pour les tubérosités ischiatiques.

Le seul moyen, capable de permettre de différencier une face d'un siège, consistera à aller reconnaître par le toucher l'orifice des fosses nasales.

Ces cas, tout en étant rares, peuvent se rencontrer. On devra y songer et faire un examen sérieux. Toutefois, si l'on hésitait, il faudrait affermir le diagnostic par l'introduction de deux doigts, au besoin de la main toute entière. Tous les moyens d'exploration devront concourir au diagnostic : le palper abdominal sera fait avec le plus grand soin, l'auscultation pourra rendre les plus grands services.

Avant d'aborder la question du diagnostic des procidences dans les grossesses gémellaires, nous croyons utile d'indiquer les caractères qui permettent, lorsqu'on pratique le toucher, de différencier un pied d'une main. Il nous suffira de citer textuellement les paroles de M. Tarnier (*Journal des sages-femmes*, 24 février 1894).

« On avait de l'hésitation pour se prononcer sur la
« nature du petit membre en procidence. On a cher-
« ché à s'assurer si ce que l'on touchait était des doigts
« ou des orteils. Les orteils sont et surtout paraissent
« fort longs chez le fœtus. mais c'est bien autre chose
« des doigts. Ils paraissent d'une longueur extraordi-
« naire et semblent de véritables baguettes ou de lon-
« gues asperges ; si donc, en touchant, vous jugez
que les doigts sont longs, dites-vous que ce sont
« des orteils et ne diagnostiquez des doigts que lorsque
« vous les trouverez démesurément longs. Vous aurez
« en outre un autre signe qui vous aidera : le pouce
« est opposant et le gros orteil ne l'est pas. »

« Le moyen le meilleur de vous rendre compte de
« la main qui se présente est tout simplement de
« mettre par la pensée sa propre main à la place de
« celle du fœtus. Ce moyen est de beaucoup le meil-
« leur. En l'employant, on a la certitude de ne jamais
« se tromper. »

Ajoutons enfin que l'on peut rencontrer, et cela est assez fréquent, le cordon en procidence avec un membre. On le reconnaîtra facilement, surtout lorsqu'il sera tombé assez avant dans le vagin ; on évitera cependant de confondre l'insertion vélamenteuse avec la procidence.

Dans les grossesses gémellaires, d'après M. Depaul, il est difficile de reconnaître les membres prolapsés appartenant à l'un ou à l'autre des fœtus.

Les procidences dans ces cas sont rares. Néanmoins, lorsqu'on trouvera dans le vagin une tête et un pied,

il faudra se rappeler que l'on peut avoir affaire à deux fœtus, la tête pouvant appartenir à l'un, le pied à l'autre. Toutefois la tête et le membre prolabé peuvent appartenir au même enfant.

Pour reconnaître ce qui appartient à chaque fœtus, il faudra suivre le membre prolabé et porter la main aussi haut que possible.

Lorsque les deux fœtus se présentent du même côté, le toucher avec un doigt ou même la main introduite toute entière dans le vagin, si c'est nécessaire, permettent toujours en remontant jusqu'à la racine des membres prolabés de reconnaître ce qui appartient à l'un ou à l'autre des fœtus.

Le palper abdominal ne devra pas être négligé : souvent il pourra donner des indications sur la position de chacun des enfants.

On lui adjoindra l'auscultation qui permettra de lever les doutes qui pourraient subsister. On entendra alors en deux points différents deux foyers, et ces deux foyers ne donneront pas le même nombre de battements. Afin d'éviter toute confusion, on fera pratiquer, si on le peut, l'auscultation par deux observateurs expérimentés.

Le diagnostic du « dorsal displacement » ne se fait pas habituellement. Toutefois « Long, disent MM. Budin et Teissier, dans une présentation du sommet en occipito-iliaque droite aurait été frappé d'une petite saillie à la paroi hypogastrique, saillie formée par le coude arc-bouté derrière et au-dessus de la symphyse ».

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Il y a lieu d'envisager le pronostic au point de vue de l'accouchement, au point de vue maternel, au point de vue fœtal.

Au point de vue de l'accouchement : « La procidence des membres, supérieurs et inférieurs, dit Mme Lachapelle, peut opposer à la sortie du fœtus un obstacle plus ou moins puissant et agir ainsi défavorablement ».

Si la procidence se réduit d'elle-même, il est bien évident que l'accouchement se passera normalement.

Si la procidence persiste, la gravité du pronostic dépendra tout d'abord du membre tombé dans le vagin. D'après Cazeaux et M. Tarnier, la procidence des membres inférieurs comporte une gravité plus grande que celle des membres supérieurs. M. Depaul se range également à cet avis sans leur attribuer une influence aussi fâcheuse que Cazeaux sur la marche de l'accouchement.

Lors d'une procidence d'un membre supérieur, les cas les moins dangereux seront ceux où cette extrémité accompagnera les fesses ou les pieds : ou bien au fur et à mesure de l'engagement de la présentation, la main ou le bras remonteront ; ou bien la main sortira avec les fesses n'ajoutant que son volume peu considérable à celui du siège. Le pronos-

tic, alors, de l'accouchement soit spontané, soit artificiel ne sera nullement aggravé.

Avec une présentation de l'extrémité céphalique la réduction pourra se faire spontanément. Mais les choses pourront ne pas se passer aussi simplement. Toutefois, nous dirons avec M. Depaul : « dans un bassin
« normal, la procidence de l'un ou des deux membres
« supérieurs ne constitue pas un obstacle sérieux
« à l'accouchement naturel ; il est bon néanmoins de
« tenir compte du degré de la procidence : plus le
« bras sera engagé, moins on aura de chances de
« voir la délivrance s'opérer par les seuls efforts de la
« nature. D'un autre côté, il faut faire entrer en ligne
« de compte le volume de la tête fœtale et la plus
« ou moins grande énergie des contractions utérines.

« On peut dire que l'enfant vient presque toujours
« vivant quand il vient spontanément. Le pronostic
« est moins favorable quand on intervient par le for-
« ceps et il doit être plus réservé quand on est obligé
« de faire la version ».

Tout ce que nous venons de dire s'applique au cas de procidence dans un bassin normal. Qu'arrivera-t-il dans un bassin rétréci, s'il n'y a pas réduction spontanée du membre ? Le pronostic alors est plus défavorable, la présence du membre venant augmenter encore l'étroitesse du bassin (Depaul).

D'après Spiegelberg, « la gravité de la complica-
« tion dépend de l'endroit où le membre est proci-
« dent, de la profondeur à laquelle il est tombé, de sa
« position par rapport à la tête et de la largeur du

« bassin. La gravité augmente encore quand le mem-
« bre s'engage en avant et au milieu du bassin (sous
« la symphyse). L'espace dans ces conditions est
« alors beaucoup plus rétréci que lorsque le mem-
« bre est situé dans la partie postéro-latérale du bas-
« sin osseux, en avant de l'articulation sacro-iliaque ;
« la descente peut être entravée, la rotation de la tête
« est gênée ; la contusion du bras peut se produire.
« Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Il peut
« arriver que la tête accompagnée du bras soit expul-
« sée sans difficulté. L'ennui le plus grave que l'on
« puisse avoir consiste dans la présence d'un bas-
« sin rétréci. La procidence empêche ainsi la fixa-
« tion et l'adaptation de la tête au détroit supérieur.
« Enfin, il se produit toujours à côté du bras un
« espace quelquefois très petit par lequel le cor-
« don peut descendre ».

Avec le pied, le pronostic est moins bénin qu'avec la main ou le bras, aussi bien dans un bassin normal que dans un bassin rétréci. Exceptons toutefois le cas où un pied se présente accompagnant une épaule tendant à se fixer au détroit supérieur. C'est là même une circonstance relativement favorable : l'accoucheur aura moins de difficultés pour faire la version et pour procéder à l'extraction du fœtus.

La réduction spontanée s'opère moins facilement qu'avec le membre supérieur ; on observe cependant des cas où les pieds remontent pendant que la tête s'engage.

Néanmoins, d'après Spiegelberg, la complication

est rarement mauvaise, la procidence se produisant le plus souvent chez des multipares et avec des enfants non à terme et par conséquent de dimension petite ou avec des enfants morts.

« Seulement, en présence d'un enfant à terme, dans
« un bassin rétréci, dans l'impossibilité de mettre
« l'enfant en bonne position, lorsque l'utérus se con-
« tracte fortement et que le col se rétracte (surtout
« après des tentatives infructueuses de version) on
« peut se trouver dans une situation désagréable, les
« membres venant faire procidence ».

En règle générale, dans certains cas, la présence d'un membre inférieur à côté de la tête n'a que peu d'influence sur l'accouchement, peut-être le travail dure-t-il un peu plus longtemps, mais les différents temps s'accomplissent comme à l'état normal.

Disons, en passant, que dans les présentations de la face le troisième temps peut être troublé, le membre prolabé, soit membre supérieur, soit membre inférieur, empêchant le menton de revenir en avant (Budin).

Dans d'autres cas, si les membranes sont rompues depuis quelque temps, le fœtus se trouve immobilisé : le travail n'avance que lentement et dépasse en durée l'accouchement normal ; il y a de l'inertie utérine.

« Le membre engagé dans l'excavation avec la
« tête, dit Stoltz, fait l'office d'un coin ; plus le tra-
« vail avance plus l'enclavement s'accroît, et il peut
« arriver un moment où la tête s'arrête tout à fait ».

La tête restant longtemps engagée dans la filière pelvienne fait effort contre les parois et le segment inférieur, d'autant plus que le membre prolabé siège plus en avant. Ceci est moins à redouter lorsque le membre se trouve en arrière, au devant des symphyses sacro-iliaques : à ce niveau, il existe des parties molles se laissant facilement déprimer et permettant de la sorte à la tête de s'avancer.

Lorsque cet « enclavement » existe, on est bien souvent obligé d'intervenir et de sacrifier l'enfant. Parfois même, la mère épuisée par les souffrances, meurt des suites de son accouchement.

Si les membres supérieurs viennent à se glisser à côté des membres inférieurs, si l'on se trouve en présence d'un bassin rétréci, le pronostic alors devient franchement mauvais, n'aurait-on constaté qu'un rétrécissement de médiocre importance.

En résumé :

« Lorsque les membres descendus avec la tête, « dit Mme Lachapelle, ne mettent pas un obstacle complet aux efforts de la nature, il y a trois sortes de « terminaison » :

« 1° Les deux parties sont expulsées simultanément et ceci ne peut avoir lieu que pour la main ;

« 2° Ou bien le membre tombé se relève au-dessus de la tête, ou, si l'on veut, s'arrête et lui permet de descendre seule. Ceci arrive le plus ordinairement pour un pied que pour une main ;

« 3° Dans quelques cas, c'est la tête qui remonte et alors l'épaule se met en position si c'était une

« main qui accompagnait la tête. Les fesses, au contraire, s'engagent dans l'excavation si c'était un pied qui constituait l'accident ».

Ces diverses terminaisons dépendent beaucoup de la conduite que tiendra l'accoucheur ; elles dépendent aussi de l'attitude du fœtus, de sa mobilité et de l'avancement plus ou moins prononcé de l'une ou l'autre des parties qui se présentent simultanément au détroit supérieur.

« Dans les grossesses gémellaires, dit Depaul, « grâce au volume presque toujours moindre des enfants, les procidences, de quelque nature qu'elles soient, ont moins de gravité que dans les conditions ordinaires, et je ne crains pas de dire qu'avec un médecin attentif et instruit, elles apportent rarement quelque complication à laquelle il ne soit pas possible de remédier ».

La présence d'un rétrécissement du bassin peut aggraver de beaucoup le pronostic dans les grossesses gémellaires.

Nous venons d'envisager les difficultés que les procidences pouvaient apporter à la marche de l'accouchement. Voyons maintenant le pronostic au point de vue de la santé de la mère et de celle du fœtus.

En ce qui concerne la mère, tout d'abord, disons que celle-ci ressent de violentes douleurs, la tête restant engagée un temps assez long dans la filière pelvienne. Les parties comprimées peuvent même s'enflammer et on peut craindre une gangrène consécu-

tive. La compression de la vessie, celle de l'urèthre entre le fœtus engagé et la symphyse peuvent donner naissance à de la rétention d'urine, ce qui est bénin ; ce qui est plus grave, c'est lorsqu'il se produit des plaques de sphacèle, qui, lors de leur chute, laissent des fistules vésico-vaginales ou uréthro-vaginales. De même le vagin peut communiquer à la suite d'escharas avec le rectum : fistules recto-vaginales.

En outre, la présence du membre dans le vagin et au niveau des organes génitaux externes provoque de l'irritation.

La compression des nerfs et des vaisseaux du petit bassin, pincés entre le corps du fœtus et les parois osseuses, peut donner naissance à des paralysies, à du gonflement et de l'œdème des membres inférieurs et de la vulve.

Velpeau signale en outre ce fait : « Les symphyses
« se trouvant violemment distendues courent elles-
« mêmes quelquefois des risques quand les efforts
« expulsifs sont énergiquement soutenus ».

Enfin lors du dégagement du fœtus, le périnée, surdistendu, peut se rompre plus ou moins complètement.

Nous-même en rapportons un exemple dans l'observation XXVII.

La rupture centrale du périnée a été observée ; dans certains cas même, on a pu voir le bras du fœtus ayant perforé la cloison recto-vaginale, sortir par l'anus et embrasser la partie du périnée restée intacte comme le bras embrasse l'anse d'un panier.

Enfin sous l'influence de contractions violentes, il peut se produire des ruptures de l'utérus.

Ajoutons que la lenteur du travail peut amener chez la femme du découragement et un épuisement général lui enlevant ainsi une partie de ses forces pour résister au choc de son accouchement et la prédisposant à l'infection.

Pour le fœtus, les risques sont encore plus nombreux : il peut être asphyxié et mourir. Le plus souvent cette asphyxie est consécutive à une procidence concomittante du cordon. Mme Lachapelle disait : « les procidences appellent les procidences ». La procidence d'un membre favorise la chute du cordon dans le vagin ; de plus les causes provoquant le prolapsus d'un membre dans le vagin sont les mêmes que celles qui provoquent la procidence du cordon. Cette complication est cependant moins grave que lorsqu'elle se produit seule : le membre prolabé forme attelle, protège le cordon et empêche en quelque sorte cet organe d'être comprimé lors des contractions utérines. Néanmoins, les membres peuvent ne pas jouer leur rôle protecteur et dans ce cas le fœtus succombe asphyxié. Disons enfin que si la procidence d'un membre favorise celle du cordon la réciproque n'est pas vraie

Dans le cas de rétrécissement du bassin, la tête appuie fortement contre les parois du bassin, elle se moule sur ce canal, le cerveau subit dans ces conditions une compression parfois dangereuse, souvent mortelle. En outre, lorsque les os de la tête fœtale

offrent quelque peu de résistance, on peut observer des fractures, accompagnées d'épanchements sanguins internes ou externes et des lacérations (Naïs). Dans une observation de Winckel, le pariétal fut fissuré et l'enfant succomba à une hémorrhagie méningée.

Ces épanchements sanguins intra et extra-crâniens peuvent être parfois tellement abondants qu'on peut croire, lorsqu'on fait le diagnostic, se trouver en présence d'un enfant hydrocéphale.

Stoltz signale une tuméfaction du cuir chevelu qui peut devenir assez considérable : si le fœtus est vivant, le gonflement est résistant, ferme, élastique ; si le fœtus vient à mourir, le gonflement cesse d'augmenter et devient flasque et mou. Cette augmentation progressive de la tuméfaction du cuir chevelu pourrait faire croire que la tête avance, alors qu'elle reste stationnaire.

Dans un cas de Moreau, le cuir chevelu était tellement tuméfié qu'il formait une gouttière dans laquelle était logé le bras prolabé. Nous avons eu nous aussi l'occasion d'observer un cas analogue dans le service de M. le Dr Bonnaire à l'hôpital Lariboisière.

L'avant-bras et le bras étaient logés dans une gouttière œdémateuse. Eux-mêmes étaient tuméfiés, et cette tuméfaction correspondait exactement à celle de la tête. En outre, l'avant-bras portait à sa partie antérieure une petite plaque de sphacèle due à l'excessive compression subie contre la tête au cours du travail. Nous en rapportons plus loin l'observa-

tion (III). Nous montrons dans les deux figures ci-jointes, comment le bras se trouvait adapté à la tête (Fig. 2, vue de 1/3), et l'encoche produite par ce bras sur la tuméfaction du cuir chevelu (Fig. 1), ainsi que la tuméfaction du membre prolabé.



FIG. 1



FIG. 2

Quant à la partie procidente, elle est plus ou moins contuse suivant que la compression a été plus forte et plus prolongée. Elle est tuméfiée (Obs. III) et présente une coloration foncée qui disparaît rapidement. Dans les cas graves, on y trouve des phlyctènes. C'est ainsi que Bar cite un fait de procidence du pied avec plaques de sphacèle sur le front de l'enfant et le dos du pied restés en contact trop longtemps et trop étroitement (cité *in* Tarnier-Budin).

La mort de l'enfant peut être consécutive à une gangrène du bras, et nous ne croyons pas sortir de notre sujet, en rapportant ici une observation de

Gauss, publiée dans la *Zeitschrift für Geburtshülfe*, 1903.

« Procidence du bras avec gangrène du bras. »
« La pièce que je vous présente est celle d'un prématuré de huit mois, né avec une procidence d'un bras, en présentation droite du sommet, chez une primipare de 16 ans à bassin normal. »

« Quand la femme est venue nous consulter, la dilatation du col était d'environ cinq francs, la poche des eaux était rompue ; à côté et en arrière de la tête très mobile au détroit supérieur, on sent la main droite.

« Malgré cette procidence de la main, en présence d'une inertie utérine complète, on rejette toute intervention correctrice : la femme, une fois entrée en travail, on espère que la main restera seule, lorsque commenceront les douleurs, ou, tout au moins, que l'enfant étant petit et le bassin normal, il n'y aura aucun obstacle à l'accouchement.

« Au bout de quelques heures, la femme ressent les douleurs de l'accouchement ; avant que l'on n'ait pu faire d'examen, la main apparut à la vulve, alors que la tête restait dans le bassin à côté du bras prolabé. L'idée d'une intervention fut écartée. On supposait que, étant petite, la tête, entrée dans le bassin avec le bras sans difficulté, pourrait traverser spontanément la filière pelvienne. En effet, quatre heures après, la femme accoucha spontanément de son enfant, mais le bras procident était dans un

« état dont il vous est ici difficile de vous rendre
« compte : la main était triplée ou quadruplée de
« volume, d'une coloration rouge violacée, couverte
« de grosses phlyctènes, dépouillée en certains en-
« droits de son épiderme : quant à l'avant-bras, il
« était enflé et rouge jusqu'au coude. Malgré la plus
« minutieuse propreté, malgré les onguents employés
« en pansement, on ne put éviter la chute par mor-
« ceaux de tout l'épiderme, ni une gangrène du
« derme infiltré et induré du bras tout entier. Les
« soins hydrothérapiques qui lui furent prodigués
« amenèrent une légère amélioration : sur les photo-
« graphies qui circulent sous vos yeux, vous pou-
« vez vous rendre compte de l'aspect du bras au neu-
« vième jour. Deux jours après, onze post partum,
« l'enfant mourut sans avoir présenté de signe de
« maladie grave. »

Dans les procidences des pieds, M. Budin dit que les membres conservent leur attitude en attelle comme dans la présentation du siège mode des fesses. Dans un cas, cité par lui, le membre inférieur procident au moment du travail resta dévié et paralysé pendant un certain temps.

Au point de vue de la mortalité fœtale, sur 85 cas de la clinique de Nassau, il y eut soixante dix interventions, 53 avec le forceps et 17 avec la version ; on constata 36 décès après le forceps, 13 après la version (Franque, *in* Tarnier Budin). Cette statistique paraît mauvaise à M. Budin, qui néanmoins considère cette complication comme assez dangereuse.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les indications du traitement de la procidence ont été magistralement formulées par Depaul auquel nous emprunterons une grande partie de ce chapitre.

Le traitement diffère suivant que l'on se trouve en présence d'une procidence des membres supérieurs ou des membres inférieurs.

Dans de nombreux cas, où le bras est prolabé à côté de la tête, la nature suffit à elle seule : une fois les membranes rompues, on voit la procidence se réduire, disparaître et l'accouchement se fait dans des conditions normales. Si avant la rupture des membranes la réduction ne se fait pas, Spiegelberg conseille de placer la parturiente sur le côté opposé à la tête. En même temps, l'accoucheur s'efforce, par des manœuvres externes, de remettre le fœtus en bonne position et d'engager la tête. Pendant ce temps l'autre main, étant introduite par le vagin, repousse le membre prudemment, au travers des membranes, en ayant bien soin de n'agir que pendant l'intervalle des contractions. Si l'on ne réussit pas, on attend que la dilatation soit suffisante pour ne plus avoir à redouter la rupture des membranes qui se produit presque toujours dans ces conditions.

Une fois la poche des eaux rompue, deux cas se présentent : ou bien l'on n'a pas à intervenir ; si la tête est de petit volume, les contractions utérines pourront

expulser les deux parties simultanément sans mettre obstacle à l'engagement et à la descente de la tête fœtale. « Dans ces cas mêmes, dit Depaul, le membre « peut précéder la tête, surtout lorsque le bassin est « normal ou lorsque le fœtus est de dimensions exa-
« gérées ».

Ou bien la tête se dégage lentement : l'intervention devient en quelque sorte nécessaire surtout lorsque l'écoulement des eaux s'est produit depuis quelque temps, et que la tête est encore mobile et élevée. Toutefois, cette intervention ne devra pas être faite tout de suite. L'accoucheur surveillera le travail, et s'assurera que la tête s'engage, malgré la présence du bras : « Si l'on songe, dit Depaul, que le « membre a la forme d'un coin dont la base siège « aux environs du coude et dont la pointe est cons-
« tituée par la main, ce coin, pressé entre la tête et le « bord du détroit supérieur s'échappe en remontant « absolument comme le fait un noyau de cerise serré « entre l'extrémité des deux doigts. »

Mais, le plus souvent, les choses ne se passent pas aussi simplement : l'engagement se fait difficilement, le membre réduisant l'aire du détroit, surtout dans les cas où la tête n'est pas dirigée perpendiculairement à ce détroit ; « le volume des parties est ainsi plus con-
« sidérable pour franchir les passages. On sent que la « présence de la main avec la tête ou les fesses devient « un motif de plus pour opérer artificiellement l'accou-
« chement » (M^{me} Lachapelle).

L'indication de l'intervention sera d'autant plus précise que « les passages » seront plus étroits ou

rigides, que le travail durera plus longtemps sans progresser.

On devra intervenir lorsque le bras aura pénétré tout entier dans l'excavation, ou même quand le coude aura dépassé le pourtour du détroit. Le membre, dès lors, ne peut plus se réduire spontanément. De plus son volume est plus gros que celui de la main, il peut oblitérer suffisamment l'ouverture pelvienne et empêcher le travail de progresser. Cette complication devient plus grave dans un bassin rétréci (Depaul).

Que faut-il faire ?

Le rôle de l'accoucheur doit être de supprimer l'obstacle qui s'oppose à la progression de la tête. Il doit s'efforcer d'imiter « le procédé suivi par la « nature dans un certain nombre de cas : remonter « le bras au-dessus du détroit supérieur ». On parviendra à ce résultat assez facilement, surtout si l'avant-bras est tombé dans le vagin et si la tête fœtale est peu ou pas engagée. On mettra le bras à angle droit puis on le repoussera en haut de manière à lui faire repasser l'anneau de Bandl rétracté. On considérera le membre supérieur comme formé de deux cônes : l'un à base inférieure : le bras, l'autre à base supérieure : l'avant-bras. Tant que la tête n'a pas dépassé l'union des deux cônes, c'est-à-dire le coude, il est facile d'opérer la réduction, mais quand elle a dépassé cette ligne, il faut alors user du moyen suivant : on plie l'avant-bras sur le bras à angle droit, puis par manœuvres externes, on lui fait subir un

mouvement de rotation pour le ramener en place.

Pour opérer cette réduction, on met la femme dans une position telle que la main qui opère puisse agir librement. Quant au choix de la main, il dépend de la situation du membre prolabé. On introduira dès lors la main tout entière dans le vagin ; on saisira le bras avec les doigts, et on s'efforcera de le repousser comme nous l'avons dit plus haut, au-dessus de la circonférence bi-pariétale de la tête. Spiegelberg conseille même de remonter jusqu'à la poitrine de l'enfant. La main ainsi introduite devra présenter sa face dorsale à la symphyse, lorsque la procidence se produit en avant, à l'articulation sacro-iliaque, lorsqu'elle se produit en arrière. La main en se retirant devra s'efforcer de mettre la tête parfaitement en place, en s'aidant, si l'on veut, de manœuvres externes. En outre, on pourra appliquer, sur la paroi abdominale, un tampon qui maintiendra la réduction. La rétropulsion ainsi faite : « On
« laissera la nature agir seule, comme le conseille
« Depaul, ou bien, suivant les circonstances, on fera
« une application de forceps sur la tête que l'on
« engagera plus facilement dans le détroit, l'obsta-
« tacle apporté par le membre prolabé ayant disparu ».

Cette manœuvre peut réussir parfaitement, malgré l'engagement profond du bras.

Mais que faire, si la réduction ne peut être faite, ou si, cette rétropulsion ayant parfaitement réussi, la procidence vient à se produire de nouveau ?

Si la tête est encore élevée et que le fœtus soit

suffisamment mobile, on pourra faire la version. La procidence du membre supérieur alors ne complique pas l'opération. Elle la simplifie même. On pose un lacs sur le bras prolabé, lacs que l'on confie à un aide qui attire le membre vers le pubis. Il reste ainsi suffisamment de place dans le vagin pour permettre à l'opérateur d'arriver jusqu'au col. Dans ces conditions, on évitera la difficulté du troisième temps de la version : élévation des bras au-dessus des épaules. Le premier bras étant abaissé, il sera beaucoup plus facile d'abaisser le second.

Mais dans les cas où la tête s'engage partiellement sans cependant franchir le détroit supérieur et s'oppose à toute tentative de réduction, Depaul conseille le forceps. Il faut alors avoir soin de l'introduire très prudemment entre la tête et le bras, de ne pas pincer le membre prolabé entre les cuillers de l'instrument et l'extrémité céphalique. On risquerait de le fracturer et la fracture ainsi produite pourrait avoir des conséquences fatales. En prenant toutes ces précautions, « les tractions jointes aux efforts que fait la femme engagent la tête et terminent l'accouchement, « le seul inconvénient, léger, est le froissement sans « gravité de la partie du bras prolabée mais sans « fracture habituellement » (Depaul).

Le forceps n'est indiqué que dans les cas où l'enfant est vivant ; lorsque le fœtus est mort et que l'engagement de la tête est trop accentué pour permettre la version, on aura recours à la craniotomie ou à la céphalotripsie.

Avec un bassin vicié, la procidence une fois réduite a beaucoup plus de tendance à se reproduire que dans un bassin normal à cause de la difficulté que la tête a d'obturer exactement l'aire du détroit supérieur. Il n'est pas alors facile de faire une application de forceps sur une tête mobile et élevée ; de plus, il est déraisonnable, comme le dit Depaul, dans un bassin rétréci, de chercher à engager la tête par les seules tractions avant d'avoir laissé la tête s'allonger et s'adapter à la forme du détroit supérieur. Néanmoins le forceps reste encore indiqué. On pourrait penser à la version, mais c'est là une opération qui pourrait être dangereuse pour l'enfant : on s'exposerait alors à une rétention du fœtus tête dernière, complication assez fréquente dans les accouchements par le siège dans les bassins viciés.

D'après Spiegelberg, la version serait indiquée spécialement dans le cas de bassin plat : on évite ainsi un engagement de la tête qui peut se faire attendre longtemps ou qui peut même ne pas se produire du tout.

Ce que nous venons de dire au sujet des présentations du sommet, nous pourrions le répéter pour les présentations de la face. Toutefois, dans ce cas, la version est indiquée de préférence au forceps, après la réduction de la procidence, si l'état des parties le permet. Cependant, dans un bassin normal, on peut laisser à la nature le soin de terminer seule l'accouchement. Dans un bassin rétréci, la version est de beaucoup le meilleur procédé, malgré tous ses incon-

vénients, les applications de forceps réussissant rarement.

La procidence des membres supérieurs avec l'extrémité pelvienne est inoffensive. Le siège s'engage peut-être un peu moins rapidement. Il suffit alors de hâter l'accouchement en tirant sur la partie fœtale qui se présente.

« En résumé, d'après M. Depaul, dans un bassin
« bien conformé, il faut attendre et surveiller le travail,
« si les membres prolabés sont peu descendus dans
« l'excavation, la réduction pouvant être spontanée. »

« Si l'engagement de la tête n'a pas lieu, si les
« membres prolabés sont plus engagés, essayer la
« réduction ; si l'on réussit, s'en rapporter à la nature,
« si d'autres circonstances n'obligent pas à terminer
« vite l'accouchement. On fera la version si la tête est
« très mobile au-dessus du détroit supérieur ; on
« appliquera le forceps, si l'on a espoir de saisir convenablement la tête et surtout s'il y a vice de con-
« formation.

« On emploiera de même le forceps quand la réduction est devenue impossible par suite de l'engagement partiel de la partie fœtale qui se présente.

« Si l'enfant est mort, on aura recours à la craniotomie et à la céphalotripsie.

« Dans un bassin vicié, le membre étant un obstacle à l'engagement de la tête, de bonne heure il faudra essayer de la réduire, puis abandonner le travail à la nature, en laissant la tête se mouler à la forme du bassin rétréci. Puis alors intervenir à un

« moment donné ; le membre prolabé est très sou-
« vent accompagné du cordon, et la réduction de ces
« deux parties est rarement définitive, de telle sorte
« que l'on est conduit trop fréquemment à faire une
« version dans l'impossibilité où l'on est de saisir avec
« le forceps la tête parfois très mobile au-dessus du
« détroit supérieur : on court le risque de faire perdre
« la vie à l'enfant pendant les efforts d'extraction. »

Etudions maintenant le traitement de la procidence des membres inférieurs.

Lorsque les membranes ne sont pas encore rompues, l'accoucheur doit se préoccuper de la présence d'un pied ou d'une jambe à côté de la tête. Toutefois la réduction spontanée sous l'influence des contractions et de la rupture de la poche des eaux se produit assez fréquemment. Il ne faudra pas escompter cette heureuse terminaison, mais s'efforcer de fixer la tête et de repousser les extrémités. Il faut avoir soin de respecter l'amnios de façon à n'éprouver aucune difficulté du côté du col si, plus tard, on est obligé d'intervenir.

Une fois la poche des eaux rompue, il peut arriver que l'obstacle créé soit une indication à une prompte réduction. Pour cela l'opérateur emploiera « la main qui sera la plus commode, dit Depaul : « la main droite, si la procidence a lieu à gauche du « bassin, par exemple, ou inversement ». Les doigts seront introduits rapprochés en faisceaux, s'il est possible, ou appliqués du moins latéralement les uns contre les autres. On opérera ensuite comme nous

le rapportons dans notre observation XVII. Cette réduction réussit surtout lorsque la tête est encore élevée et lorsque le liquide amniotique existe encore en quantité suffisante.

A partir de ce moment, si la rétropulsion a réussi, il suffit de laisser l'accouchement se terminer spontanément. Toutefois on ne doit tenter cette réduction que si le succès n'est pas réputé impossible d'avance.

Il ne faut néanmoins pas perdre trop de temps, et, si l'on ne réussit pas, ou si la procidence a tendance à se reproduire dans un court délai, il faut intervenir plus énergiquement et terminer l'accouchement.

On emploiera le forceps dans deux cas : ou lorsque la terminaison doit être rapide, ou lorsque le travail est arrêté, les pieds empêchant la présentation d'avancer. Depaul dit que, dans ces cas, la version pourrait être mise en balance. Spiegelberg préfère la version, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'une procidence complexe. On applique alors un lacs sur les malléoles, en repoussant la partie que le fœtus présente, et on opère des tractions. On peut, avant de tirer, aller à la recherche du second membre inférieur.

Dans les bassins rétrécis, Spiegelberg et Depaul sont unanimes à déclarer que la version est la meilleure intervention, lorsque le pied prolabé est un obstacle sérieux à l'engagement de la tête, l'application du forceps étant trop difficile et restant le plus souvent sans résultat. Faisons toutefois des réserves :

la version dans ces cas, n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire: l'exemple de Cazeaux est probant: se trouvant en présence d'une face avec procidence d'un pied, il fut obligé de recourir à l'embryotomie.

Dans la présentation de l'épaule, la procidence d'un pied n'est pas, pour Depaul, aussi favorable qu'on pourrait le croire. Dans certains cas, on se trouve dans l'obligation d'aller à la recherche de l'autre pied pour terminer la version.

Il peut arriver que la version ne réussisse pas: on doit alors essayer le forceps, en s'en servant pour faire descendre la tête. Si ces tentatives ne réussissent pas, on doit avoir recours à la craniotomie ou à la céphalotripsie.

On aura de même recours à ces deux dernières opérations si le fœtus est mort.

Dans tous les cas de procidence lorsqu'il y aura coexistence d'un placenta prævia hémorrhagique, procidence du cordon, souffrance du fœtus, etc... il faudra pratiquer l'accouchement méthodiquement rapide: on emploiera la dilatation bimanuelle par le procédé de M. le Dr Bonnaire, suivie d'une application de forceps ou de la version, d'après les indications.

Dans les grossesses gémellaires, il n'y a pas trop à s'inquiéter du voisinage d'une main, même des deux à côté d'une tête fœtale, la petitesse des enfants permettant souvent l'engagement simultané. Toutefois, si ces membres gênent la descente de la tête,

s'ils empêchent l'engagement, la rétropulsion est indiquée ; dans certains cas même, il sera nécessaire de faire une application de forceps sur la tête qui se présente.

Lorsque ce sont les pieds qui se trouvent à côté d'une tête, on peut craindre, comme complication, le croisement des deux têtes. On fait alors la réduction du pied suivant le procédé indiqué plus haut, suivie d'une application de forceps. Dans ce dernier cas, la tête, par suite de son petit volume, se laissera entraîner assez facilement malgré la présence des pieds.

On ne saurait trop recommander de ne pas opérer de tractions sur les pieds descendus dans le vagin. En agissant ainsi, si ces pieds étaient ceux du second fœtus, on ferait descendre ce second fœtus, et la complication signalée plus haut, je veux dire le croisement des deux têtes, pourrait s'opérer. Il vaudrait mieux transformer par la version, en présentation de l'extrémité pelvienne, la présentation de l'extrémité céphalique. On obtiendrait ainsi deux présentations du siège qui se termineraient sans aucune difficulté.

« Si l'on est obligé d'intervenir, dit Depaul, les
« progrès du travail, en poussant un des enfants plus
« bas dans l'excavation, permettront facilement de
« reconnaître les jambes qui appartiennent à celui-ci ;
« ou bien on ne fera de tractions que sur l'un des
« membres, le plus engagé, se réservant de remon-
« ter avec la main, le long de ce membre jusqu'aux
« fesses, pour reconnaître quel est celui des autres
« membres engagés qui appartient à ce même enfant
« et dont on peut avoir besoin pour terminer l'accou-
« chement ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

(Service de M. le D^r Bonnaire).

*Procidence du bras et du pied droits. Bassin rachitique aplati.
Accouchement prématuré de sept mois. Multipare. OIGA.*

Mme M..., 36 ans, ménagère.

Cette femme entre à la Maternité de Lariboisière le 1^{er} mai à sept heures du soir. Sa grossesse date de sept mois et demi environ. Comme antécédents physiologiques, elle dit avoir marché à huit mois et avoir toujours bien marché depuis.

Elle a été réglée à 12 ans régulièrement.

Elle est enceinte pour la troisième fois.

Son premier accouchement a été spontané et à terme.

Le second a nécessité une application de forceps (enfant mort-né),

Troisième grossesse, actuelle.

Ses dernières règles datent du 22-25 septembre.

A son arrivée dans le service, le palper fait percevoir un dos à gauche et une tête encore mobile. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Les membranes sont rompues depuis quatre heures du soir.

La pelvimétrie donne les résultats suivants : bassin vicié, aplati ; promontoire facilement accessible.

Au toucher, col long, entr'ouvert.

Le 2 mai, à huit heures du matin, la femme dit avoir eu quelques douleurs pendant la nuit. La tête est encore très mobile

et on la sent dans la fosse iliaque gauche; on la ramène facilement par manœuvres externes au détroit supérieur et on la fixe à l'aide d'un bandage de corps.

A cinq heures du soir, la tête est au détroit supérieur et semble se fixer. On sent quelques légères contractions. Dans la nuit, la malade éprouve peu de douleurs.

Le 3 mai, à huit heures du matin, la tête tend de nouveau à fuir dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, on constate la procidence complète du membre supérieur droit qui tend à descendre dans l'excavation. A dix heures, M. le Dr Bonnaire voit la malade. La tête est élevée au-dessus du détroit supérieur. Le membre supérieur est procident, tendant à descendre dans l'excavation:

Le col est long, dilatable comme un franc environ. M. le Dr Bonnaire fait alors la dilatation bi-manuelle sous chloroforme. Lorsque la dilatation est à cinq francs, il réduit la procidence par manœuvres mixtes et ramène la tête au détroit supérieur où on la maintient à l'aide d'un bandage de corps. Cette réduction a présenté de grandes difficultés, les membranes étant rompues depuis deux jours et l'utérus rétracté. Dans la journée, les contractions continuent, légères. A cinq heures du soir, au toucher, on sent de nouveau le membre supérieur au détroit supérieur. La procidence s'est reproduite. La dilatation du col est restée de cinq francs.

Le 4 mai, à six heures du matin, la femme a quelques contractions. Au toucher, on sent le membre supérieur qui tend à s'engager. La dilatation est d'une petite paume de main.

A six heures et demie, les contractions deviennent plus fortes. La dilatation a augmenté encore: elle est d'une grande paume de main.

Au toucher, dans le vagin, on sent le bras, mais à côté de ce bras, on perçoit un autre membre qui est le pied droit. Les contractions deviennent de plus en plus fortes et la dilatation est

bientôt complète ; à sept heures et demie, la tête s'engage à son tour et à huit heures du matin, expulsion spontanée d'un garçon ranimé pesant 1850 grammes.

L'expulsion spontanée du placenta se fait un quart d'heure après et l'on peut constater par la mensuration des membranes qu'il était prævia.

La femme et l'enfant sortent de l'hôpital en bonne santé.

Dans le cas présent, les causes de la procidence sont multiples : rupture prématurée des membranes, bassin rétréci, insertion vicieuse du placenta et enfin petitesse du fœtus.

OBSERVATION II (Personnelle).

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Bassin plat. Promonto sous-pubien 9,9. Tête inclinée, défléchie, procidence du cordon et des deux pieds. Membranes rompues depuis quatre jours. Accouchement forcé. Version. Placenta prævia M I G A.

T... Cl., 26 ans, ménagère.

Cette femme entre le 4 mai, à 10 heures du matin, à la Maternité de Lariboisière. Sa grossesse date de sept mois et quart.

Comme antécédents physiologiques, elle a marché à trois ans et affirme avoir toujours bien marché depuis.

Réglée à 18 ans régulièrement.

Elle est à sa cinquième grossesse.

Son premier accouchement est un sommet à terme, l'enfant a vécu deux jours.

Son second est un sommet également à terme (enfant mort).

Le troisième a été une fausse-couche de trois mois.

Le quatrième est un siège à terme (enfant mort pendant le travail).

A la suite de ce dernier accouchement, la femme a du sphacèle du col pour lequel elle est restée pendant six semaines à la salle Perrault.

La cinquième grossesse est la grossesse actuelle.

Ses dernières règles datent du 9-13 septembre 1902.

A l'examen extérieur du corps, la femme paraît bien conformée.

Le toucher mensurateur constate l'aplatissement du bassin. Le promonto sous-pubien est de 9,9.

A son arrivée dans le service, on constate par le palper un dos à gauche ; la tête est fortement engagée.

Au toucher, on sent à travers le segment inférieur la tête qui est inclinée et défléchie. De plus, à côté de l'extrémité céphalique, on constate la présence du cordon et des deux pieds tombés dans le vagin. L'utérus est très rétracté. Le col est cicatriciel (suite de son accouchement précédent). La femme n'est pas en travail.

Les membranes sont rompues depuis quatre jours,

Dans de semblables conditions, M. le Dr Bonnaire se décide à provoquer l'accouchement, afin d'essayer d'avoir un enfant vivant. On prépare la malade : toutes les deux heures, on lui donne 1 gr. de chloral (4 gr. en tout). En outre à six heures du soir, on lui fait une demie-seringue de morphine.

A 6 h. 55, M. Bonnaire commence la dilatation bimanuelle. A ce moment, l'on constate une procidence du bras. La femme étant sous chloroforme, à 7 heures 15, la dilatation est de cinq francs. On abaisse un pied gauche sur lequel on met un lacs.

On pensait d'abord laisser l'accouchement se terminer seul, mais, en présence de modifications survenues dans les bruits du cœur

foetal, M. le Dr Bonnaire pense qu'il est de toute nécessité de terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

La dilatation est amenée lentement à une paume de main.

L'expulsion du tronc du fœtus est faite par expression abdominale, mais le col se rétracte sur la tête fœtale.

On fait deux applications successives de forceps sur la tête dernière et enfin à huit heures du soir extraction d'un fœtus ranimé pesant 1930 grammes.

Le placenta était légèrement prævia.

La dilatation a provoqué une légère déchirure du col qui a bien guéri dans la suite.

La malade et l'enfant sortent de l'hôpital bien portants.

Ici, l'inclinaison de la tête, jointe à sa déflexion sur un bassin rétréci, a été la cause de la procidence.

OBSERVATION III (Personnelle).

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Accouchement prématuré. 6 mois 1/2. Garçon pesant 1480 grammes.

O I D P

F. X..., 27 ans, femme de chambre.

Entre à l'hôpital Lariboisière le 17 décembre à 5 h. 1/2 du matin.

A marché à 4 ans.

Réglée à 17 ans régulièrement.

Secondipare. — Première grossesse 1901, à terme, sans incident.

Deuxième grossesse actuelle.

Les dernières règles datent du 24-28 mai.

A son entrée dans le service, la femme est reconnue enceinte de six mois et demi à peu près.

Le squelette et le bassin examinés sont normaux.

La présentation est un sommet en droite postérieure.

L'engagement est effectué. La dilatation est de cinq francs environ. Au travers de la poche des eaux, on perçoit la tête à laquelle se trouvent accolés une main et l'avant-bras que l'on reconnaîtra plus tard être la main et l'avant-bras droits. La poche des eaux se rompt à dilatation suffisante et alors l'accouchement s'effectue sans que l'avant-bras qui est accolé à la tête se réduise. Enfin à 9 h. 15 l'accouchement qui a été spontané se termine par l'extraction d'un petit fœtus de 1480 grammes. Ce fœtus est cyanosé, gélatineux.

A l'examen de l'enfant, on constate sur le temporal droit une bosse séro-sanguine qui recouvre une partie du pariétal correspondant ainsi qu'une partie de la face.

Cette bosse séro-sanguine est divisée en deux parties (sauf à sa partie postérieure) par une surface rectangulaire, blanchâtre, où les téguments revêtent leur aspect normal, dirigée obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Cette absence d'œdème est due à la protection exercée sur cette partie de la présentation par l'avant-bras pendant l'accouchement.

L'avant-bras et une partie du bras droits (c'est-à-dire, le membre prolabé) possède à sa face postéro-externe une bosse séro-sanguine qui continue exactement celle de la tête.

La partie antéro-interne de ce membre, primitivement en contact direct avec les téguments craniens porte en un point une phlyctène.

L'enfant est mort à 11 heures 1/2.

La petitesse fœtale serait dans ce cas la cause de la procidence.

OBSERVATION IV (personnelle).

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Luxation double. Bassin sensiblement symétrique. Promontoire très élevé et saillant. Ensellure lombaire considérable. Procidence de la main. Forceps au détroit supérieur. OIDT.

L..., entre le 14 novembre à l'hôpital Lariboisière. Comme antécédents physiologiques, elle dit avoir marché tard et avoir eu, depuis, une démarche claudicante.

Réglée à 18 ans régulièrement.

C'est une secondipare. Elle a eu son premier enfant à 8 mois. Sa grossesse actuelle est de 8 mois $1/2$ à peu près.

Elle ne se rappelle pas la date de ses dernières règles.

A son arrivée à la consultation, on pose le diagnostic d'occipito-iliaque en droite transversale.

En outre, on s'aperçoit à l'examen que la femme a une luxation double.

Diamètre promonto sous-pubien égal à 10,3.

Le 22 décembre à 3 heures du matin, la poche des eaux se rompt et le liquide s'écoule en assez grande abondance. La tête est encore élevée au-dessus du détroit supérieur. La malade a peu de contractions. Le toucher fait constater un col court, dilatable comme deux francs. Jusqu'à six heures du matin, les contractions sont irrégulières et peu accusées. Le col, à ce moment, est incomplètement effacé, dilatable comme cinq francs.

La tête reste toujours élevée, et le toucher décèle une main entièrement dans le vagin.

La procidence est facilement réduite : on reporte la main au-dessus de la tête. La tête ayant peu de tendance à s'engager, la

procidence ayant tendance à se reproduire, les bruits du cœur fœtal étant sourds, M. le Dr Bonnaire fait la dilatation bi-manuelle. La tête est au détroit supérieur en présentation du front. On fait une application de forceps qui permet d'extraire un enfant vivant pesant 2.490 grammes.

La femme et l'enfant sortent en bonne santé de l'hôpital.

La procidence est due dans ce cas, à la viciation du bassin ainsi qu'à la grande quantité de liquide amniotique

OBSERVATION V (personnelle).

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Accouchement forcé. Dilatation pour placenta prævia partiel.

F. X..., entrée à la salle de travail le 13 décembre 1903 à 10 heures du matin.

A marché à 13 mois et a toujours bien marché depuis. Réglée à 11 ans irrégulièrement.

Quintipare.

1 ^{er} accouchement	1890	Sommet à terme sans accident.
2 ^e »	1898	»
3 ^e »	1900	»
4 ^e »	1902	»

Cinquième grossesse : grossesse actuelle.

Les dernières règles datent du 16-21 mars.

Au moment de l'accouchement, la grossesse date de sept mois à peine.

A l'examen, on porte le diagnostic de sommet avec procidence des deux mains. L'engagement n'est pas encore effectué.

La femme a perdu en ville une quantité notable de sang. L'état

général est assez bon et on ne constate encore aucun signe de travail.

M. le D^r Bonnaire examine la malade et sent un placenta prævia partiel.

Les bruits du cœur étant modifiés, M. le D^r Bonnaire fait l'accouchement forcé par son procédé, puis il pratique la version.

Le placenta précède le fœtus, et M. Bonnaire est obligé de l'écarter pour pouvoir extraire l'enfant qui pèse 1680 gr.

Cet enfant, né en état de mort apparente, ne peut être ranimé.

Dans cette observation, il y a lieu d'incriminer comme causes de la procidence: le placenta prævia et la petitesse fœtale.

OBSERVATION V *bis* (Personnelle).

Service de M. le D^r Bonnaire.

Hydrocéphalie Procidence d'une main et du cordon. Bassin généralement rétréci. Promonto sous-pubien : 10,7.

M. J..., 34 ans, plumassière.

Entre à la Maternité de Lariboisière le 20 mars 1904, à 3 heures du matin.

Ne se rappelle pas à quel âge elle a marché.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Primipare.

Dernières règles : mois de juillet.

A son arrivée dans le service, on reconnaît au volume de l'utérus que sa grossesse est près du terme.

Les membranes ont été rompues artificiellement à une heure du matin. Le palper est impossible. On croit cependant sentir la tête dans l'hypochondre droit. L'auscultation est négative,

Au toucher, on constate que le bassin est généralement rétréci. Le promonto sous-pubien est égal à $10,7 = 9,2$.

La dilatation est de deux francs environ. On sent la main dans le vagin et, à côté, le cordon flétri, sans battements. Au bout des doigts, on sent une partie fœtale arrondie, molle, dépressible qu'on prend pour l'abdomen. On porte le diagnostic de présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure.

M. Dubrisay, appelé, par un premier toucher fait le même diagnostic. Toutefois en touchant profondément, M. Dubrisay se rend compte qu'il se trouve en présence d'une tête soit hydrocéphale soit augmentée de volume par les suffusions sanguines méningées : les os sont séparés, les fontanelles très écartées ; enfin, en arrière, on tombe sur l'oreille, ce qui confirme le diagnostic.

On perfore le crâne à l'aide du perforateur de Blot. L'accouchement ne se termine pas néanmoins. On fait alors une application régulière de basiotribe et on extrait le fœtus.

OBSERVATION VI (Inédite.)

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Promontoire accessible. Procidence du bras droit. Application de forceps. OIGA.

Marie R....

Entre le 4 février 1901 à 4 h. 1/2 du soir.

La femme a toujours bien marché et ne se rappelle pas la date de ses premiers pas.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Elle a eu cinq grossesses à terme qui se sont bien terminées, sommets.

Ses dernières règles datent du 15-23 avril. Sa grossesse est donc à terme.

A son arrivée à la consultation, les membranes sont rompues. La tête est profondément engagée. Au toucher, on sent le bras droit procident. La réduction étant jugée impossible, M. Maury, fait une application de forceps qui se termine par l'extraction d'une fille pesant 4050 grammes.

L'enfant a le bras droit œdématié et présente une légère paralysie faciale du côté droit.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé.

Causes de la procidence : Bassin aplati, gros fœtus, multiparité.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Procidence du bras droit et du cordon. Dilatation bimanuelle. Version. OIGT.

L.... M..., 42 ans, ménagère.

Entre le 30 juillet 1901 à 10 heures du soir.

La malade a marché à 16 mois et a toujours bien marché depuis.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Les dernières règles datent du 12-16 septembre.

La femme est à terme.

Elle a eu neuf accouchements normaux.

Le travail a commencé chez cette femme, le 30 juillet à 4 heures du matin. Elle a fait appeler une sage-femme de la ville, qui, à sept heures du soir, constate que le bras est procident ainsi que le cordon. On décide d'amener la malade à l'hôpital.

A son arrivée, on diagnostique une occipito-iliaque gauche

transversale. Les membranes sont rompues. On sent parfaitement le bras droit et le cordon procidents.

La pelvimétrie fait constater un bassin normal.

La réduction étant impossible, on complète immédiatement la dilatation à l'aide des doigts, sous chloroforme. La version par manœuvres internes est exécutée sans difficulté et permet d'extraire un enfant ranimé pesant 3.250 grammes.

L'enfant et la mère sortent en bonne santé.

Causes de la procidence : multiparité.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Service de M. le D^r Bonnaire).

Bassin vicié. Procidence du bras droit. Accouchement spontané.

OIGT.

T... Jeanne, 24 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital à 10 heures du matin.

Elle a marché à 11 mois et a, depuis, bien marché.

Réglée à 18 ans régulièrement.

Précédemment, la femme a eu deux grossesses.

Son premier accouchement s'est fait à huit mois avec ballon écarteur suivi d'application du forceps.

Le second à 8 mois et demi dans les mêmes conditions.

Ses dernières règles datent du 10-11 juillet 1902.

La femme est enceinte de 8 mois.

On pose le diagnostic de OIGT.

Le bassin est vicié: le promontoire est un peu bas.

Le promonto sous-pubien mesure 9,5.

La rupture de la poche des eaux se produit à 1 h. 30 du soir, à la dilatation de deux francs.

Au toucher, on sent la tête fixée au détroit supérieur. La main droite et le bras droit sont prolabés dans le vagin. A 5 h. 10, la dilatation est d'une petite paume de main environ. Mais bientôt, en une seule contraction, la tête descend brusquement et apparaît à la vulve, précédée du bras procident.

A 5 h. 15, expulsion d'une fille vivante pesant 2.750 grammes.

Les causes de la procidence résident dans la viciation du bassin et, un peu, dans la petitesse fœtale.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Service de M. le D^r Bonnaire).

Sommet avec procidence du bras et du cordon. Fœtus macéré. Basiotripsie. OI.D.T.

B... Madeleine, 20 ans, ménagère.

Entre à Lariboisière le 20 février 1901 à 7 heures du matin.

Ne se rappelle pas à quel moment elle a marché.

Réglée à 13 ans 1/2 irrégulièrement.

Première grossesse.

Elle ne se rappelle plus la date de ses dernières règles.

La malade est tombée à plat ventre au mois de décembre sans avoir éprouvé de troubles à la suite de cette chute.

Les douleurs ont commencé le 18 février 1901 à 9 heures du matin. La poche des eaux s'est rompue à 11 heures. A la suite d'une crise de toux, le bras a fait procidence vers cinq heures de l'après-midi. Un médecin appelé le 20 février à 6 heures du matin voit la malade et, après examen, conseille le transport à l'hôpital.

A son arrivée, on constate les caractères d'une présentation du sommet en droite transversale ; la tête n'est pas engagée et très inclinée latéralement.

Le bras droit est procident dans le vagin, la main est à la vulve. Le cordon fait également procidence.

On diagnostique la mort de l'enfant. Ce diagnostic est confirmé par l'absence des bruits du cœur fœtal.

Le bassin est légèrement vicié, mais n'a pas été mesuré.

L'utérus est vide d'eau et très rétracté.

Plusieurs tentatives de forceps ont été faites en ville.

Au moment de son arrivée, la femme a de violentes contractions. Pour les modérer, on lui fait respirer du chloroforme, en attendant l'arrivée de M. Bonnaire.

A 11 heures du matin, l'intervention est décidée ; à ce moment, le col est dilaté comme une petite paume de main. M. Bonnaire fait la réduction du bras procident, en le refoulant au-dessus de l'équateur de la tête. Puis, l'enfant étant mort, on commence la céphalotripsie. La perforation de la tête est particulièrement difficile en raison de l'étroitesse des parties molles qui portent obstacle à l'introduction de la main et des ciseaux de Blot. Application du basiotribe, extraction de la tête par des mouvements de godille pour lui faire franchir le col assez facilement.

Les épaules étant retenues, sus-acromiotomie et section de parties molles jusqu'à la région dorsale.

Extraction d'un fœtus macéré dégageant une odeur fétide.

Causes de la procidence : Viciation du bassin et inclinaison latérale de la tête.

OBSERVATION X (Inédite).

(Service de M. le D^r Bonnaire).

Procidence de la main. Bassin normal. Hydramnios. Forceps au détroit supérieur. OI.D.T.

B... Eugénie, 28 ans, ménagère.

Entrée à 11 heures du soir à Lariboisière.

Elle a marché à 13-14 mois et depuis a toujours bien marché.

Réglée à 13 ans irrégulièrement.

Primipare.

Le 6 mai, dans l'après-midi, elle ressent les premières douleurs. A quatre heures, elle perd les eaux, en grande abondance, dit-elle ; on suppose de l'hydramnios. Puis les douleurs cessent complètement. Un médecin appelé tente, vers 10 h. 1/2 du soir, une application de forceps au détroit supérieur. Le membre est alors procident et la tête remonte. Craignant une présentation de l'épaule, on envoie la malade à l'hôpital.

A l'entrée, on porte le diagnostic de sommet en droite transversale ; la tête n'est pas engagée ; l'enfant est gros ; la main, qui dépend du membre antérieur est prolabée dans le vagin. L'utérus est inerte. La dilatation est à peu près complète.

Les bruits du cœur fœtal sont bons, mais ont tendance à devenir irréguliers.

Dans de semblables conditions, on décide une intervention immédiate. On donne du chloroforme à la femme. Puis, une application de forceps au détroit supérieur est faite par M. Jeannin, qui, pour amener la descente de la tête, a fait, au préalable, la réduction, d'ailleurs facile, du membre supérieur. L'extraction du fœtus est assez difficile et on est obligé de faire de l'expression abdominale.

L'enfant vivant pesait 3.650 grammes.

Causes de la procidence : hydramnios, gros enfant.

OBSERVATION XI (inédite).

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Procidence du membre supérieur. Réduction spontanée.
OIGT

P... Simone, 20 ans, fleuriste.

La malade entre à 5 h. 30 du soir.

Elle ne se rappelle pas à quel âge elle a marché.

Réglée à 16 ans régulièrement.

A eu deux grossesses précédentes.

Premier accouchement à 8 mois.

Deuxième accouchement à terme sans difficulté.

A l'entrée de la femme, on diagnostique une présentation du sommet en gauche transversale. La tête est mobile au détroit supérieur.

Les membranes se sont rompues à 4 heures.

La dilatabilité est de deux francs. On sent à côté de la tête une petite main, mais on ne peut reconnaître laquelle.

La femme est mise au bain ; pendant ce temps, la tête s'engage tandis que la main se réduit spontanément.

Accouchement normal à 8 h. 25.

La femme et l'enfant sortent en bonne santé.

OBSERVATION XII (inédite)

(Service de M. le Dr Porak).

Siège décomplété, mode des fesses. Procidence d'une main.
SIGA

S..., 25 ans, ménagère.

Arrive le 18 janvier 1900 à 10 heures du matin à la consultation

de M. le Dr Porak. On constate qu'elle est en travail. Elle monte à la salle de travail.

Elle ignore à quel âge elle a marché. Elle a toujours bien marché.

Réglée à 17 ans régulièrement.

Primipare.

Ses dernières règles datent du 8 mai 1899. Elle est donc enceinte de huit mois environ. Sa grossesse a évolué normalement.

Au palper, on diagnostique un siège déjà très engagé. Au toucher, la dilatation est de 2 centimètres. Les membranes sont rompues depuis 1 heure du matin.

A sept heures du soir, le 10 janvier, la dilatation est d'environ 5 francs. On sent une tumeur mollassse: le siège. Le sillon interfessier dessine le diamètre oblique gauche. De plus, ce siège est décomplété, mode des fesses. C'est une SIGA.

Les contractions sont assez espacées l'une de l'autre et à 4 heures du matin, la dilatation n'a avancé que très peu.

Le 19 janvier à 5 heures du soir, grand bain. La dilatation est de 6 centimètres environ. Les contractions reviennent à peu près toutes les dix minutes.

A 3 heures, la dilatation est complète. La malade est mise en position obstétricale et on l'invite à pousser. On voit apparaître le sillon interfessier, les organes génitaux, en même temps qu'une main apparaît au périnée. Pendant les deux contractions suivantes, la partie inférieure du tronc se dégage. L'anse au cordon est faite. On dégage alors le pied antérieur, puis le pied postérieur. On tire sur les os iliaques. On dégage le bras postérieur qui faisait procidence, puis le bras antérieur avec quelques difficultés: il est relevé. On essaie de fléchir la tête, mais comme elle est défléchie on y arrive avec quelque labeur.

Enfin on extrait un enfant vivant pesant 2.700 grammes.

La pelvimétrie permet de diagnostiquer un bassin normal.

Causes de la procidence : petitesse fœtale.

OBSERVATION XIII (inédite).

(Service de M. le D^r Porak).

Présentation de la face. Procidence d'une main. Tentatives de réduction. Version.

Mme X... est examinée dans le service de M. le D^r Porak, le 27 janvier ; on trouve un utérus très développé et tous les signes d'une grossesse gémellaire.

La femme est fille d'alcoolique et n'a marché qu'à 15 ans.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Six grossesses antérieures dont un avortement.

La septième grossesse est la grossesse actuelle.

Le 1^{er} mars 1900, à 1 h. 1/2, elle est reconnue en travail et elle entre dans le service.

A 3 heures, rupture des membranes.

Au palper, on sent une tête à gauche dans le flanc.

A 3 h. 1/2, dilatation complète et expulsion d'un premier fœtus pesant 3.200 grammes.

Aussitôt le premier accouchement terminé, on sent une tête dans le flanc gauche, un siège à droite. On ramène la tête au détroit supérieur en agissant de gauche à droite. Au toucher, on trouve la tête au-dessus du détroit supérieur. C'est alors une présentation du sommet.

On rompt artificiellement les membranes. La parturiente se met à pousser, mais on constate que la tête, en se fixant au

détroit supérieur, se défléchit. Les caractères de la face sont nettement appréciables ; de plus, à gauche et en arrière, la main s'insinue dans le vide que laisse la partie fœtale qui se présente. Devant cette complication : présentation de la face avec procidence, on s'apprête à intervenir. On tâche de fléchir la tête. On se trouve en présence d'une MIGT. On réduit la main, puis on abaisse l'occiput, mais on ne parvient qu'à ramener la fontanelle antérieure au centre du bassin. Ce que voyant, on fait la version par manœuvres internes et on extrait un enfant vivant pesant 3.750 grammes.

Le bassin était normal.

Causes de la procidence : présentation de la face dans une grossesse gémellaire chez une multipare.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Dr Porak).

Bassin normal. Sommet avec procidence des deux mains. Accouchement spontané. OIGA.

D.,., 36 ans, ménagère.

Entre le 14 mars 1900.

A marché à 13 mois.

Réglée à 14 ans régulièrement. Secondipare.

Première grossesse : bonne.

Deuxième grossesse : actuelle.

Dernières règles : 15 juin 1899.

Au palper, on sent une tête en bas non engagée, un dos très oblique à gauche.

Au toucher, les membranes sont rompues ; la dilatation est de deux francs environ. La tête est au détroit supérieur.

A gauche et en avant, on arrive sur une petite main située sur le côté de la tête, mais ne dépassant pas la présentation. En prolongeant l'examen un peu plus, on arrive sur la seconde main.

On espère que la procidence se réduira seule, lorsque le sommet s'engagera.

Le lendemain, 15 mars, vers 4 heures du soir, les contractions sont plus efficaces, et à 6 heures la dilatation est complète. La main est toujours sur la tête fœtale. L'accouchement se fait ainsi sans que le procidence se réduise.

L'enfant est vivant et pèse 2.800 grammes. Il est d'ailleurs très bien conformé.

Causes de la procidence : Inclinaison fœtale.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Dr Porak).

Sommet avec procidence d'un bras et du cordon. Rétropulsion des deux procidences. Accouchement spontané. OIGA

M..., 31 ans, ménagère.

Entre le 22 mai 1901. Elle est à terme.

Ignore l'âge auquel elle a marché.

Réglée à 16 ans régulièrement. Multipare.

Première grossesse terminée à terme par application de forceps.

Deuxième grossesse : bonne.

Troisième grossesse : actuelle.

Dernières règles 5 août.

Le 22 mai, la femme a quelques douleurs à la suite desquelles la poche des eaux se rompt. Au toucher, on sent un col dilata-

ble à 2-3 centimètres. De plus, on arrive sur un paquet de cordon, puis sur une petite main à côté de la tête.

L'examen du bassin dénote un bassin normal.

Mlle Hénault, appelée, arrive sur le bras qu'elle rétropulse, puis remonte le cordon au niveau du cou.

De faibles qu'ils étaient, les bruits du cœur redeviennent bons ; la tête appuie sur l'orifice utérin, le dilate d'une paume de main. Puis, très rapidement la dilatation est complète.

La femme pousse énergiquement et la tête apparaît à la vulve. Elle se dégage suivant le diamètre occipito-pubien.

L'enfant est vivant, bien conformé, pesant 4.150 grammes.

On peut invoquer la multiparité et la grosseur du fœtus comme causes de la procidence.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Dr Porak).

Bassin rétréci. Procidences du membre supérieur gauche et du cordon.

Version.

OIGA

S..., 28 ans, ménagère.

Entre le 14 juin à la Maternité dans le service du Dr Porak.

A marché à 18 mois.

Réglée à 14 ans régulièrement. Secondipare.

Première grossesse : siège à terme spontané.

Deuxième grossesse : actuelle.

Les dernières règles datent du 19 septembre. Son terme est donc de 8 mois $1/2$ environ.

Le 13 juin, elle ressent des douleurs mais reste chez elle

le 14, vers 6 heures du matin, elle prévient une sage-femme qui, croyant avoir affaire à un sommet, rompt la poche des eaux. Elle s'aperçoit aussitôt qu'une main et le cordon accompagnent la tête. On amène la malade à l'hôpital.

Au palper, on sent une tête à droite, le dos est en avant et à gauche, le siège en haut et à gauche dans le fond de l'utérus.

Au toucher, le col a toute sa longueur, mais est très dilatable. On arrive directement sur une petite main qui est la main gauche, puis sur le cordon à droite, et sur la tête.

On sent non seulement la main, mais aussi l'avant-bras, le coude et le bras gauche : c'est le membre postérieur.

La dilatation étant incomplète à son entrée, et le bras protégeant le cordon, on attend que la dilatation soit complète, ce qui arrive à 11 heures du matin, pour intervenir.

La main est amenée au dehors, un lacs est placé dessus, on va chercher les deux pieds et on extrait le fœtus vivant qui pèse 3.300 grammes.

L'examen du bassin fait reconnaître un promontoire élevé, avec un promonto sous-pubien de 10.7.

La viciation du bassin doit être incriminée comme cause de la procidence.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Dr Porak).

Sommet. Procidence d'un pied. Rétropulsion du pied.

OIDP

B..., 29 ans, cartonnière.

Entre dans le service du Dr Porak le 25 mars 1901.

A marché à 10 mois et a toujours bien marché depuis

Réglée à 15 ans, régulièrement. Multipare.

Elle a eu deux grossesses antérieures spontanées à terme.

Troisième grossesse : actuelle.

Ses dernières règles datent du 22 août 1900. La grossesse est de 8 mois 1/2 environ.

Les premières douleurs l'ont prise le 25 mars. La femme arrive à la consultation de la Maternité à deux heures.

Au palper, on sent une tête à droite, de petits membres à gauche. Le diagnostic porté est celui de sommet en droite postérieure.

Au toucher, on perçoit une tête mobile accompagnée d'un pied.

A 3 heures 1/2, la poche des eaux est tendue. La dilatation correspond à une petite paume de main. La tête est au détroit supérieur. A gauche et en avant, sur le même plan que la tête, on sent un pied dont les caractères sont très nets. Un peu en arrière on perçoit une main.

A ce moment, la poche des eaux se rompt spontanément ; on prie alors un aide de repousser le siège vers la droite, dans l'espoir que le siège entraînera avec lui les petits membres.

En même temps, on essaye de rétropulser le pied, en le repoussant vers la gauche et en agissant sur la plante du pied qui remonte légèrement. La tête vient dans le détroit supérieur. On sent encore les orteils et une partie du pied pincés entre la branche horizontale du pubis et la tête.

La dilatation n'avance plus. La tête n'est pas descendue davantage. On pense que si la tête ne s'engage pas plus profondément et si la dilatation ne progresse pas, ce retard est dû à la présence du pied.

On cherche quel est le pied qui fait procidence : c'est le postérieur. Le gros orteil regarde la ligne médiane, le petit orteil la ligne innommée gauche. Aussi, au lieu d'exercer une pression

sur le pied tout entier, deux doigts s'appliquent contre le bord externe du pied et on exerce une pression du bord externe vers le petit orteil et de la gauche vers la droite.

A ce moment, le pied file et plus rien. La tête s'applique exactement sur l'orifice qui, sous les doigts, atteint une dilatation presque complète. En effet, deux contractions après, expulsion d'un enfant vivant pesant 2,500 grammes,

Bassin normal.

Causes de la procidence : petitesse fœtale. Multiparité.

OBSERVATION XVIII

(Service de M. le Dr Porak).

Sommet. Procidence d'un bras et du cordon. Rétropulsion.

OIDP.

G..., 30 ans, cuisinière.

Entre le 10 septembre.

A marché à 3 ans et a toujours bien marché depuis.

Réglée à 18 ans régulièrement. Multipare.

Deux grossesses précédentes spontanées à terme.

Troisième grossesse : actuelle. Les dernières règles datent du 10 janvier. La grossesse est une grossesse de 8 mois environ.

La femme a porté un corset très serré jusqu'à ce jour.

Le 9 décembre dans la nuit, la femme se sent mouillée tout à coup et perd de l'eau en grande quantité. Elle continue à perdre, et, le 10 janvier au matin, elle vient à la Maternité.

L'utérus est développé transversalement, très irrégulier, dur. Le palper est impossible ; on sent une tumeur dure, ronde, qui tend à fuir dans la fosse iliaque droite et semble être la tête.

Au toucher, on sent un col long ; de plus, on perçoit des irré-

gularités à travers le segment inférieur. Aucune partie fœtale n'est engagée dans l'excavation.

Plus tard, au toucher, on sent la tête qui tend à s'engager dans la fosse iliaque droite. On arrive directement en même temps sur un bras et le cordon.

A 8 heures le col est dilatable. Madame la sage-femme en chef refoule alors le bras au-dessus de la tête fœtale.

La procidence ne se reproduit plus.

A 8 h. 1/4, extraction d'un enfant vivant pesant 2400 grammes.

Bassin normal.

Les causes de la procidence sont : la multiparité, l'obliquité utérine et la petitesse fœtale.

OBSERVATION XIX

(Service de M. le Dr Porak).

Grossesse gémellaire. Siège. Procidence d'une main. Accouchement spontané.

OIGA

K..., 25 ans, marchande.

Entre le 6 novembre dans le service du Dr Porak.

A marché à 10 mois et a toujours bien marché depuis.

Réglée à 17 ans régulièrement.

Primipare.

Les dernières règles datent du 8 avril.

Sa grossesse est de 7 mois 1/2 environ.

Le 6 novembre, la femme ressent les premières douleurs.

Au toucher, la dilatation est de 50 centimes environ. Les membranes sont rompues. On arrive à droite sur un petit membre qui est une main.

Un peu en arrière et à gauche, on arrive sur les organes génitaux.

A midi et demi, on sent une main qui fait procidence et descend très bas dans le vagin. En prolongeant le toucher, on apprécie très bien les caractères du siège complet.

A 1 h. 15, la dilatation est complète.

L'avant-bras sort à la vulve ; la partie fœtale reste élevée ; on arrive sur le gril costal, ce qui fait penser à une présentation de l'épaule, mais le diagnostic est rejeté, car le siège apparaît à la vulve. L'enfant pèse 1350 grammes.

Causes de la procidence : petit volume du fœtus avec grossesse gémellaire.

OBSERVATION XX

(Service de M. le D^r Porak).

Sommet. Procidence du cordon et d'un petit membre. Rétropulsion.

Accouchement spontané.

OIGA

X..., 30 ans, couturière.

Entre le 9 décembre 1901 à la Maternité.

Elle ignore l'âge auquel elle a marché. Elle a été réglée à 14 ans régulièrement.

Elle a déjà eu trois grossesses à évolution normale.

Quatrième grossesse : actuelle.

Les dernières règles datent du 10 mars. La femme est à terme.

Le 9 décembre 1901, elle ressent quelques douleurs au début de la journée et entre à l'hôpital. A l'examen, on constate qu'elle

est en travail. Le diagnostic de sommet mobile est porté. La poche des eaux, volumineuse, se rompt pendant le toucher, il s'écoule 600 grammes de liquide environ. A ce moment le cordon et un petit membre tombent dans le vagin. On les rétropulse. La tête vient alors s'appuyer sur l'orifice. La procidence ne se reproduit pas.

A 10 h. 25, dilatation complète ; en deux contractions, la tête se dégage et l'on extrait un enfant vivant pesant 3,200 grammes.

A l'examen du placenta, on remarque qu'il n'existe pas de petit côté de membrane. Il y a donc insertion vicieuse du placenta.

Causes de la procidence : Multiparité, placenta prævia avec fœtus relativement assez gros.

OBSERVATION XXI

(Service de M. le Dr Porak).

Sommet. Procidence d'un pied. Symphyséotomie. Bassin vicié.

M..., 25 ans, couturière, entre le 1^{er} mars 1901 à la Maternité,

A marché à 18 mois, a cessé de marcher à 9 ans, est restée couchée pendant deux ans ; puis, ouverture d'un abcès provenant d'une coxalgie gauche. N'a jamais été malade depuis.

Réglée à 11 ans 1/2 régulièrement.

Primipare.

Ses dernières règles datent du 9 juin 1901. Elle est à terme.

Examinée le 21 mars 1901, jour où elle ressent ses premières douleurs, elle est reconnue en travail. A sept heures du soir, au palper, on perçoit un fœtus mobile dont la tête dirigée en bas est au-dessus du détroit supérieur.

Au toucher, le col est en voie d'effacement, très dilatable. Les membranes sont intactes et souples, permettant d'apprécier la tête et les petits bras procidents.

A 9 heures du soir, les membranes se rompent spontanément; la tête est mobile, débordant fortement en avant; du côté droit, on sent un pied.

M. le Dr Porak, après avoir constaté une mobilité suffisante des symphyses, décide de faire la symphyséotomie.

Extraction d'une fille débile pesant 2000 grammes.

L'examen de la conformation du corps et du bassin de cette femme nous présente les particularités suivantes :

Taille : 1 m. 425.

Colonne vertébrale oblique de haut en bas, de droite à gauche. Ensellure lombaire très marquée. Bassin incliné du côté droit, fortement antéversé.

Le sillon interfessier est incliné de haut en bas, de droite à gauche ; pas de pli fessier. Vulve oblique.

Diamètres : Bi-crête, 23 1/2.

— Bi-épineux, 22.

— Bi-trochantérien, 27.

Promonto sous-pubien, 9 cent.

Le promontoire est reporté à gauche.

L'épine iliaque gauche est plus élevée que la droite. La symphyse pubienne est reportée à gauche. La jambe gauche est plus courte que la droite.

Causes de la procidence : Petitesse fœtale et rétrécissement du bassin.

OBSERVATION XXII

(Service de M. le Dr Porak).

Sommet. Procidence d'une main. Promontoire accessible. Version interne.

OIDP

B., 29 ans, domestique.

A marché à 15 mois.

Réglée à 18 ans irrégulièrement.

Secondipare.

Première grossesse : spontanée à terme.

Deuxième grossesse : actuelle.

La femme ignore la date de ses dernières règles. Elle paraît à terme.

A l'examen, on trouve un sommet mobile en droite postérieure, ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque droite. On sent, en avant et à gauche, au-dessus du pubis, une petite main flottant dans la poche des eaux. Le col est largement dilatable. De plus, on arrive facilement sur le promontoire. On maintient le sommet au détroit supérieur à l'aide d'un bandage. Au moment de la rupture de la poche des eaux, on constate que la petite main qui est au-devant de la tête est accompagnée d'un circulaire lâche du cordon.

On fait alors la version par manœuvres internes.

L'enfant pèse 3650 grammes.

Bassin vicié.

Causes de la procidence : gros fœtus avec obliquité fœtale dans un bassin vicié.

OBSERVATION XXIII

(Service de M. le Dr Porak).

Procidence du cordon et du bras. Sommet. Réduction.

F..., 20 ans, ménagère.

Entre en mai 1901.

Ne se rappelle pas l'âge auquel elle a marché.

Réglée à 13 ans régulièrement.

A eu cinq grossesses.

Les deux premières à 6 et 7 mois, la troisième et la quatrième à terme, sans rien de particulier.

Cinquième grossesse : actuelle.

Les dernières règles datent du 11 septembre et la femme paraît à terme.

La parturiente est envoyée avec le diagnostic de mauvaise présentation. A son arrivée, en présence d'une main dans le vagin, on porte le diagnostic de présentation de l'épaule.

Dans la salle de travail, on constate une main et un avant-bras dans le vagin. On sent également le cordon animé de battements. En poussant l'examen, on arrive sur la tête. La dilatation est de 7 centimètres environ. Les membranes sont rompues depuis 2 heures de l'après-midi. L'utérus est dur et ne permet pas, au palper, de faire le diagnostic ni de la présentation, ni de la position.

A deux reprises, et par deux personnes différentes, des tentatives de réduction de la main sont faites, qui restent infructueuses.

Enfin, à six heures, après avoir discuté si, en présence de la rétraction de l'utérus, on devait faire la version, on préfère chlo-

roformer la femme et faire la réduction du membre. Si l'on ne réussit pas, on aura recours à la version.

La main qui est à la vulve est la main droite : en remontant jusqu'à la racine du membre, on sent que l'on a affaire au bras antérieur.

Manœuvre. — On agit directement sur le bras en le poussant vers la droite ; le coude est alors refoulé au-dessus du détroit supérieur. La main fœtale est alors saisie, et on repousse cette main de bas en haut et en arrière dans la cavité utérine.

L'extrémité des doigts ayant franchi l'orifice de l'utérus, on remonte dans cet utérus. On le redresse, car il est fortement incliné vers la droite, afin de ramener la tête qui s'est déplacée (pendant la manœuvre, le sommet se trouvait dans la fosse iliaque gauche) au détroit supérieur.

La réduction faite, la tête appuyant sur le segment inférieur, cette tête descend rapidement et est expulsée grâce aux efforts de la parturiente.

L'enfant, né en état de mort, apparente, mais ranimé, pèse 3050 grammes.

Placenta : 800 grammes.

Dans ce cas, la multiparité, l'obliquité utérine, sont les causes de la procidence.

OBSERVATION XXIV

(Service de M. le Dr de Bovis).

Sommet. Procidence d'une main. Accouchement spontané. Bassin normal.

OIDT

P..., 20 ans, lingère, entrée à l'hôpital de Reims le 14 septembre 1903, à 10 heures du matin.

A marché à 1 an.

Réglée à 18 ans irrégulièrement.

Primipare.

Ses dernières règles datent du 12 novembre 1902.

Elle paraît à terme.

L'examen par le palper donne les signes d'une occipito-iliaque droite postérieure.

Au toucher, on sent la tête très engagée. Le col est dilaté de 1 centimètre environ. A 5 h. 1/2 du soir, la dilatation est complète. La poche des eaux se rompt naturellement. La suture sagittale est située dans le sens du diamètre oblique droit. De plus, contre la tête, au-dessous de la symphyse, on sent, au moment de la rupture de la poche des eaux, une main que l'on reconnaît être la main gauche au-devant de la tête.

L'accouchement se fait naturellement. L'enfant vivant pesait 3.000 grammes.

L'examen du placenta fait constater la rupture des membranes à 3 centimètres du bord : donc, placenta prævia.

La cause de la procidence réside dans l'insertion vicieuse du placenta.

OBSERVATION XXV (Inédite).

(Service de M. le Dr De Bovis).

Sommet. Procidence des deux mains. Accouchement spontané.

Bassin normal.

S..., 19 ans, journalière.

Entre le 11 septembre 1903 à 7 heures du soir à la Maternité de l'hôpital de Reims.

Ne se rappelle pas à quel âge elle a marché.

Réglée à 17 ans irrégulièrement.

Primipare.

Ses dernières règles datent du 15 janvier 1903. Elle n'a que sept mois et demi de gestation.

Au palper, on porte le diagnostic d'occipito-iliaque en droite postérieure.

Au toucher, on arrive sur une partie ronde, dure: la tête. La poche des eaux se rompt à 10 heures. A ce moment, les deux mains viennent faire procidence.

L'accouchement se termine seul. L'enfant vivant pèse 1.500 grammes.

La rupture des membranes s'est effectuée à 5 centimètres du bord.

Les causes de la procidence résident dans la petitesse fœtale et le placenta prævia.

OBSERVATION XXVI (Inédite).

(Service de M. le Dr De Bovis).

Sommet. Procidence d'une main. Accouchement spontané. Bassin normal.

OIGA

L..., 25 ans, rinceuse.

Entre le 24 juillet à 5 heures du matin à la Maternité de Reims.

A marché à 13 mois.

Réglée à 18 ans régulièrement.

Multipare.

Elle a eu trois accouchements précédents normaux.

Ses dernières règles datent du 18 octobre.

Le palper est impossible. La poche des eaux se rompt dans le bain où est la femme. Après la rupture, on arrive sur la tête. De plus, on sent une main, la main droite, à côté de la tête.

La tête et la main sont expulsées en même temps. L'enfant vivant pesait 3.300 grammes.

Les causes de la procidence sont : la multiparité et le gros volume relatif du fœtus.

OBSERVATION XXVII (Inédite).

(Service de M. le Dr De Bovis).

Sommet. Procidence du bras. Accouchement spontané. Déchirure du périnée. Bassin normal. Hydramnios.

OIDP

F..., 18 ans, rentrayeuse.

Entre le 22 janvier 1903 à la Maternité de Reims.

A marché à 15 ans et a toujours bien marché depuis.

Réglée à 15 mois irrégulièrement.

Primipare.

Dernières règles : 22 mars 1902. La femme est à terme.

Au toucher et au palper, on fait le diagnostic d'occipito-iliaque en droite postérieure.

La dilatation est de 1 centimètre environ. Au toucher, on sent la tête qui se trouve fortement engagée. A 10 heures, la dilatation est complète. On sent un avant-bras fléchi sur le bras qui accompagne la tête. La tête passe avec difficulté accompagnée du bras. Il se produit même une déchirure du périnée.

L'enfant vivant pèse 3.500.

Le liquide amniotique était en assez grande abondance : 2 litres

environ. De plus, les membranes étaient déchirées à 6 centimètres du bord.

Les causes de la procidence doivent être recherchées dans l'excès de volume du fœtus, l'hydramnios, l'insertion vicieuse du placenta.

OBSERVATION XXVIII (Inédite).

(Service de M. le D^r De Bovis).

Sommet. Procidence d'une main. Accouchement spontané. Bassin normal. Hydramnios.

OIDA

B..., 33 ans, repasseuse.

Entre le 1^{er} septembre 1903 à 9 heures du matin à la Maternité de Reims.

A marché à 17 mois.

Réglée à 15 ans irrégulièrement

Multipare : elle en est à sa quatrième grossesse.

Les trois premières se sont bien passées.

Dernières règles : 18 novembre 1900.

Le palper permet de constater une assez grande abondance de liquide amniotique, ce qui néanmoins permet de faire le diagnostic de OIDA.

Le travail débute le 2 septembre à 2 heures du matin. La dilatation est complète à 1 heure 1/2 de l'après-midi.

Au toucher, on sent à côté de la tête une main : la main droite, après la rupture des membranes.

L'accouchement est spontané.

Il y avait quatre litres de liquide amniotique.

L'enfant vivant pesait 4,500 grammes.

Les membranes sont rompues à 4 centimètres du bord.

On peut incriminer : l'hydramnios, l'excès de volume du fœtus, l'insertion vicieuse du placenta comme causes de la procidence.

CONCLUSIONS

I.— On dit d'un membre qu'il est procident, lorsque, n'appartenant pas à la présentation, il s'engage néanmoins en même temps que cette présentation au détroit supérieur.

La procidence sera dite simple, lorsqu'un seul membre ou même les deux de même nom, accompagneront l'extrémité qui se présente; complexe, lorsque plusieurs membres de noms différents seront accolés à la présentation.

Suivant l'engagement plus ou moins accentué du membre, la procidence simple sera complète ou incomplète.

Enfin, la procidence pourra être compliquée.

II. — C'est une complication relativement peu commune. Notre statistique nous donne 1 observation pour 296 accouchements.

La procidence se rencontre, par ordre de fréquence, avec le sommet, le siège, la face, l'épaule. De plus, les membres supérieurs sont prolabés plus souvent que les membres inférieurs.

III.— Les causes sont d'origine maternelle ou d'origine fœtale.

Comme causes d'origine maternelle, nous relevons: l'abondance de liquide amniotique, la rupture subite

des membranes, les viciations du bassin, la forte obliquité utérine, la multiparité.

Comme causes d'origine fœtale :

La mobilité, la petitesse ainsi que l'excès de volume du fœtus, les présentations inclinées, irrégulières ou anormales de la tête, l'obliquité fœtale, l'insertion vicieuse du placenta, les changements de position, la grossesse gémellaire.

IV. — Il faudra reconnaître à quels membres on a affaire.

On distinguera, de plus, lors d'une procidence des membres supérieurs : une présentation des extrémités céphalique, fléchie ou défléchie et pelvienne, d'une présentation de l'épaule ; lors d'une procidence des membres inférieurs : une face d'un siège.

Dans les grossesses gémellaires, on s'efforcera de reconnaître auquel des deux fœtus appartient le membre prolabé.

V. — Le pronostic, au point de vue de la marche de l'accouchement est moins sérieux en général, avec la procidence des membres supérieurs qu'avec celle des membres inférieurs.

En outre, la facilité ou la gêne de l'accouchement dépendent du degré de la procidence.

Le pronostic est rarement grave pour la mère ; dans certains cas, néanmoins, la femme a pu conserver des infirmités à la suite de son accouchement, déchirures centrales du périnée, fistules.

Pour le fœtus, les risques sont plus nombreux, la mortalité est assez fréquente.

VI. — Les procidences peuvent se réduire spontanément, la réduction spontanée se voit plus fréquemment avec les membres supérieurs qu'avec les membres inférieurs.

On est souvent obligé d'intervenir :

On tente la réduction.

Si l'on ne réussit pas, ou si, la procidence, réduite, se reproduit, on a recours au forceps ou à la version suivant les cas :

Avec les membres supérieurs : à la version, si la tête est élevée et mobile ;

Au forceps, dans tous les autres cas (sauf dans le bassin plat d'après Spiegelberg).

Avec les membres inférieurs, au forceps ou à la version, indifféremment, dans un bassin normal ; à la version dans un bassin rétréci.

Dans tous les cas, si l'enfant est mort on fera la craniotomie ou la basiotripsie.

Avec le siège, on n'a jamais à intervenir.

Lorsqu'il y aura indication de terminer rapidement l'accouchement (placenta prævia, procidence du cordon, souffrance du fœtus, arrêt du travail, etc.) on pratiquera la dilatation bimanuelle suivant le procédé de M. Bonnaire, suivie d'une application de forceps ou de la version.

Vu : le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Arnaud.** — Obs. sur la pratique des accouchements, 1874.
- Astruc.** — Traité d'accouchements, 1770.
- Atwater,** — American journal of obstetric, 1882.
- Bailly.** — Thèse d'agrégation, 1866.
- Barbour.** — Edimb. med. Journal, 1887.
- Baudelocque.**
- Blower.** — British med. Journal, 1867.
- Boivin (M^{me}).** — Mémorial de l'art des accouchements, 1836.
- Bresson.** — Dystocie spéciale dans les cas de grossesse gémellaire.
— Thèse de Paris, 1867.
— Bulletin de la clinique d'accouchements. Paris, 1875.
- Burns.** — Grundsätze der geburtshülfe. Stettin, 1820.
- Capuron.** — Cours théorique et pratique d'acc. Paris, 1811.
- Cazeaux.** — Traité d'accouchements.
— Mémoire. — Revue médicale, 1843.
- Charpentier.** — Traité d'acc. T. II, p. 568.
- Chailly-Honoré.** — Traité prat. de l'art des accouchements, 1845.
- Champion.** — Lettre sur les acc. avec présentation du bras.
- Chiari-Braun.** — Spœth. Klin. d. Geb., 1855.
- Credé.** — Verhamb. d. Gesell. f. Geb., Berlin, 1851.
- Czarnecki.** — Répertoire universel d'obstétrique, avril 1894, p. 186.
- De la Motte.** — Des acc. naturels et contre nature. 1721.
- Depaul.** — Clin. obstétricale, 1872, p. 622.

- Archives de tocologie, 1875, p. 723.
- Deleurye.** — Traité d'accouchements, 1770.
- Deventer.** — Traité d'acc. traduit par D'Ablaincourt, Paris, 1733.
- Dionis.** — Traité général des acc. Paris, 1710.
- Doherty.** — (In thèse Joulin, agrég. 1863).
- Dugès.** — Manuel d'obstétrique. Montpellier. 1840.
- Gallicani.** — Gazetta Toscana, 1855.
- Gardien.** — Traité complet d'accouchements, 1824.
- Gauss.** — Zeitschrift. f. geb. 1903, p. 156.
- Gautier.** — Revue méd. de la Suisse Romande, 20 déc. 1893.
- Gregorie.** — 1884.
- Guéniot.** — Thèse d'agrég. 1866.
- Hartman.** — Mon. f. Geb. 1860.
- Haselberg.** — Untersuchungen und Benerkungen über einige gegenstaende der pratischen Geburtshülfe. Berlin, 1807.
- Hecker.** — Klinik d. Geb. Leipzick, 1864.
- Hugo-Pernice.** — Mémoire, in Revue thérap. du midi, 1856.
- Hunter.** — Edimb. med. journal, 1878.
- Jacobs.** — Ecole prat. d'acc.
- Jacquemier.** — Manuel d'acc.
- Joërg.** — Hab. d. Geb. 1833.
- Jolly.** — Thèse de doctorat, 1870.
- Joulin.** — Thèse d'agrég. Paris, 1863.
- Kietz.** — Thèse de Berlin, 1890.
- Kæser.** — Thèse inaug. de Berne, 1890.
- Kosters.** — Græningen, 1828.
- Kuhn.** — Wien. med. Woch., 1869.
- Lachapelle (Mme).** — Prat. des acc. T. III, p. 212.
- Landis.** — 1882.
- Lambert.** — Edimb. obst. trans., 1872.
- Lane.** — De prolapsu fœtaliū partium præter caput.
- Levret.** — Traité des acc., 1847.

- Long.** — 1880.
- Mattei.** — De l'acc. physiologique.
- Mauriceau.** — Acc. 1694.
- Michaelis.** — Das euge Becken. Leipzig, 1851.
- Mélandez.** — Gaz. méd., 1870.
- Moreau.** — Traité d'acc.
- Munroe.** — Brit. med. journ., 1864.
- Murray.** — Med. Times and Gaz., 1861.
- Milne Murray.** — American journal of obstetrics., 1882.
- Naïs.** — Thèse de Paris, 1882.
- Nœgelé et Grenser.** — Traité d'acc., 1880.
- Portal.** — 1685.
- Pernice.** — Die Geb. mit Vorfall. Leipzig, 1858.
- Playfair.** — Traité d'acc., 1879.
- Puzos.** — Traité des acc., 1759.
- Regnier.** — Presse méd.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.** — Précis d'obstétrique,
p. 1039.
- Roper.** — British med. journal, 1878.
- Rubé.** — Thèse de Paris, 1872.
— Archives de Tocologie, 1877.
- Rœderer.** — Elementa artis obstetricæ.
- Siebold.** — In mémoire Pernice.
— Journal für Geb., vol V, p. 339.
- Simpson (J.).** — 1850.
- Simpson.** — Obst. J. of great Britan, 1879.
— Clin. obst. traduit par Chantreuil, 1874.
- Saxtorph (M.).** — Auszug der Fussbindungskunst, Leipzig
1752.
- Smellie.** — Traité des acc. traduit par de Préville, 1759.
- Smith**
- Spiegelberg.** — Lehrbuch. d. gebur. 1878.

Stoltz. — Art. dystocie in Dict. de méd. et de chir. pratiques.

Stohl. — In mémoire Pernice.

Tarnier. — Clin. du 28 décembre 1889.

— Thèse de concours, 1860.

Tarnier-Budin. — Précis d'obst. T. IV, p. 2.

Toussaint. — Thèse de 1865. Paris.

Velpeau. — Traité complet d'acc. Paris 1835.

Wigand. — Doctorat Strasboug, 1856.

Winckel. — Lehrb. der Geb. 1889.

Zweifel. — Lehrb. der operativen Geburtshülfe für arzten und
Studenten. Stuttgart, 1881.

— Bulletin de la clinique d'acc. Paris octobre. 1875.